

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1904

N°

586

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le samedi 23 juillet 1904. à 1 heure

PAR

Jacques DRUAIS

Ancien interne des hôpitaux de Rennes

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Recherches Cliniques et Bactériologiques

SUR LES

OPHTALMIES DU NOUVEAU-NÉ

Président : M. DE LAPERSONNE, Professeur.

POIRIER, Professeur.

Juges MM. SCHWARTZ, Agrégé.

FAURE, Agrégé

L. Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

4, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 42, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

(anciennement 36, rue Serpente.)

1904

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	RECLUS.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	DEJERINE.
	CHANTEMISSE.
	LANDOUZY.
Clinique médicale	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	FERRIER.
Clinique chirurgicale	BERGER.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONN.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD.
Clinique gynécologique	BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
	KIRMISSON.

Aggrégés en exercice

MM.	MM	MM	MM
ACHARD.	FAURE.	LEGRY.	RIEFEL (chef des
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEGUEU.	Travaux anatomiques.
BEZANÇON.	TOURETTE.	LEPAGE.	TEISSIER.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIERY.
BROCA Auguste.	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA André.	GUIART.	MERY.	THOINOT.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	VAQUEZ.
CUNEO.	JEANSELME.	RENON.	WALLICH.
DEMELIN.	LANGLOIS.	REMY.	WALTHER.
DEGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WIDAL.
DUPRE.			WURTZ.

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de ma profonde affection.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

Professeur de la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Nous prions, au début de notre travail, notre maître M. le docteur Morax, d'agréer l'expression de notre profonde gratitude pour ce qu'il a fait en vue de notre instruction ophtalmologique et pour les marques de sympathie qu'il n'a cessé de nous témoigner.

Nous adressons également notre sincère reconnaissance à nos maîtres, MM. les docteurs Championnière et Schwartz et M. le professeur Pinard, pour les enseignements qu'ils nous ont prodigués.

Nous tenons à remercier M. le docteur Chaillous, assistant d'ophtalmologie, des excellents conseils qu'il nous a toujours donnés avec la même bienveillance.

Nous ne saurions oublier nos premiers maîtres de l'école de Rennes, qui furent toujours pour nous pleins d'un affectueux dévouement ; et spécialement, nous sommes heureux de pouvoir exprimer à nos maîtres, MM. les

professeurs Perrin de la Touche, Follet et Bodin, nos sentiments de reconnaissance et d'affection.

Nous remercions nos amis Boulard et Spiess d'avoir été assez aimables de nous aider dans nos traductions de bibliographie allemande.

M. le professeur de Lapersonne nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous le prions de bien vouloir agréer l'expression de notre respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

Nos connaissances sur les ophtalmies du nouveau-né se sont enrichies, grâce aux recherches bactériologiques de ces dernières années, de notions nouvelles et intéressantes.

« A la doctrine simpliste qui attribuait toute infection conjonctivale du nouveau-né au gonocoque, dit M. Morax (1) dans une étude récente sur l'étiologie, de ces ophtalmies, il faut substituer une doctrine plus complexe, mais plus vraie, des infections variées peuvent atteindre la conjonctive du nouveau-né. »

Aux ophtalmies gonococciques bien connues aujourd'hui, notre maître oppose dans son travail, un groupe important d'inflammations conjonctivales, dont les unes sont causées par un micro-organisme spécifique, tel que le bacille de Weeks ou le diplo-bacille, et dont les autres, les plus nombreuses, d'étiologie incertaine ou inconnue, réclament de nouvelles recherches, pour l'application d'une bonne méthode prophylactique.

Dernièrement encore, dans une leçon à la clinique

(1) Morax. *Annales d'oculistique*, mai 1903.

Baudelocque (1), M. Morax étudie parallèlement les ophtalmies gonococciques et non gonococciques du nouveau-né : leur étiologie, leur mode d'évolution, leurs points de ressemblance et les différences qui les séparent.

C'est en nous inspirant des travaux et des conseils de notre excellent maître que nous nous sommes proposé d'étudier les ophtalmies du premier âge qui se sont présentées à la consultation d'oculistique de l'hôpital Lariboisière, du 15 mai 1903 au 1^{er} juin 1904.

Pour rendre nos recherches aussi complètes que possible, nous avons appliqué aux formes les plus légères les mêmes procédés d'examen qu'aux formes les plus graves, observées dans les 15 ou 20 premiers jours de la vie. Nous avons retenu dans notre statistique les faits observés chez les nourrissons de plus d'un mois, dont l'affection nous a paru manifestement débiter peu de temps après la naissance.

Nous allons indiquer brièvement la méthode que nous avons suivie.

Méthode d'examen. — Lors de sa première visite à l'hôpital, chaque enfant a été soumis à un examen somatique complet. Nous nous sommes attaché à préciser la date d'apparition de l'affection oculaire et les premiers soins apportés pour la combattre. Nous avons noté les tares héréditaires, les anomalies de développement et les troubles de l'état général. Nous n'avons pas négligé les

(1) Morax. *Annales de gynécologie et d'obstétriques*, juin 1904.

renseignements tirés des antécédents familiaux du petit malade, et spécialement en ce qui concerne la mère, nous avons retenu de son passé obstétrical, tout ce qui nous a semblé avoir quelque utilité pratique. Chaque jour, il nous a été facile de suivre la marche de l'ophtalmie et de juger des résultats de la thérapeutique employée.

Nos observations ont été nécessairement complétées par un diagnostic bactériologique, obtenu par l'examen extemporané de la sécrétion conjonctivale et par la méthode des cultures.

L'examen microscopique de la sécrétion a été fait d'un façon systématique avant toute cautérisation. Avec un fil de platine stérile, nous avons prélevé dans le cul-de-sac inférieur de la conjonctive la plus atteinte, une parcelle de pus, qui répartie sur plusieurs lamelles, a été soumise après fixation par la chaleur, à une coloration simple et à une coloration suivant la méthode de Gram.

La solution colorante que nous avons employée est celle de Pick et Jacobsohn.

Bleu de méthylène (solution alcoolique concentrée)	VIII gouttes.
Fuchsine de Ziehl.....	XV —
Eau distillée.....	10 centim. 3

Quelques secondes suffisent pour donner une coloration convenable.

Pour les milieux de cultures, nous nous sommes servi de la gélose-ascite, qui offre un terrain très favorable au

développement des microbes habituels des conjonctivites, exceptionnellement du sérum de cheval et de la gélose-sang. Après un séjour à l'étuve à 37°, durant 24 ou 48 heures, nous avons pu étudier les colonies ainsi obtenues.

Pour arriver enfin à une plus grande certitude, nous avons à plusieurs reprises répété chez le même sujet cette série de recherches, adoptées au début de la maladie.

Grâce à cette méthode, nous pouvons présenter aujourd'hui un ensemble de 63 faits, qui vont servir de base à notre travail, et nous permettre de discuter certains points encore mal connus des ophtalmies du nouveau-né.

Dans le chapitre I, nous établissons la fréquence relative des ophtalmies gonococciques et non gonococciques.

Dans le chapitre II, nous étudions quelques particularités cliniques des ophtalmies gonococciques. (Date d'apparition, formes bénignes, formes compliquées, marche.)

Dans le chapitre III, nous étudions les ophtalmies non gonococciques en les groupant d'après leurs causes microbiennes.

Enfin, nous terminons notre travail, par de brèves considérations sur le diagnostic et sur le traitement des ophtalmies en général.

Nous avons joint à notre description quelques graphiques qui schématisent nos observations, et en rendent la comparaison plus aisée.

CHAPITRE PREMIER

Fréquence relative de l'ophtalmie gonococcique et des ophtalmies non gonococciques

Avant l'ère bactériologique, on établit deux formes nettement distinctes de conjonctivites chez le nouveau-né : une forme légère, le catarrhe conjonctival, et une forme grave, l'ophtalmie purulente classique. L'examen attentif des faits permet cependant de soupçonner que cette dénomination d'ophtalmie purulente englobe des éléments de nature très dissemblable : à côté des cas très rapidement destructifs pour la cornée, il y en a d'autres cliniquement identiques, qui évoluent vers la guérison avec une telle rapidité qu'il est impossible de les rapporter à la même cause.

La découverte de Neisser, en 1879, heureuse par ses applications thérapeutiques, a cependant pour résultat immédiat d'amener les cliniciens à généraliser l'influence étiologique du gonocoque dans les ophtalmies du premier âge. C'est ce qui ressort nettement des travaux de Hirschberg et Krause, de Crédé, de Zneifel : pour ces auteurs, toutes les ophtalmies du nouveau-né sont de nature gonococcique.

Des notions plus précises sont apportées dès lors par les recherches microbiennes multiples entreprises sur les conjonctives en général. On peut ainsi se convaincre que le gonocoque n'est pas le seul à déterminer l'ophtalmie purulente ; que le bacille de Weeks, le diplo-bacille, le pneumocoque, le bacille de Lœffler, peuvent la produire avec les mêmes caractères d'intensité, et qu'une classification des conjonctivites, doit être basée surtout d'après les données étiologiques.

Déjà Kröner (1), en 1884, apporte un des premiers des éléments de statistique : sur 92 cas d'ophtalmies, il trouve 63 fois le gonocoque, 29 fois il manque totalement.

Widmark (2) dans son rapport de 1888 sur la fréquence de l'ophtalmie en Suède, déclare que sur 103 cas examinés, il n'a observé le gonocoque que 64 fois.

Chartres (3), base sa thèse sur l'étude de 23 observations : 11 fois seulement le gonocoque était en jeu.

Plus récemment, Grouenow (4), qui a étudié particu-

(1) Kröner. Ueber augenentzündungen Neugeborener. *Breslauer Arztl. Zeitschr.* 1884.

(2) Widmark. Sur la fréquence de l'ophtalmie des nouveau-nés en Suède. *Revue générale d'ophtalmologie*, 1888.

(3) Chartres. Contribution à l'étude de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. *Thèse de Bordeaux*, 1897.

(4) Grouenow. Bakteriologische Untersuchungen über die Ätiologie der Augenentzündung der Neugeborenen. *Bericht. üb d. 27. Versammlg. d. ophthalm. Gesellsch. zu Heidelberg*, 1798.

Idem. Die Augenentzündung der Neugeborenen in klinischer und bakteriologischer Hinsicht. *V. Graf's Archiv für Ophthalmologie*, 1901.

lièrement ce sujet, surtout au point de vue bactériologique, apporte, dans une première étude, un ensemble de 40 cas, qui ne compte que 14 faits dus au gonocoque. Dans un second mémoire, très documenté, paru en 1901, il publie 100 observations nouvelles, qui comprennent seulement 40 faits de gonococcil.

Haupt (1) observe, à la clinique de Bonn, de 1896 à 1903, 62 ophtalmies, 45 fois il rencontre le gonocoque.

Gonin (2), parmi les 365 conjonctivites, avec examen microscopique, qui font l'objet de son travail, recueille 22 faits relevant du gonocoque, sur 30 ophtalmies du nouveau-né.

Notre statistique personnelle, enfin, qui comprend les inflammations conjonctivales de toutes formes, réunit 63 faits, dont 24 seulement sont gonococciques.

(1) Haupt. Ueber Gonorroische und nichtgonorroische Bindehautentzündung bei Neugeborenen. *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Stuttg.* 1903.

(2) Gonin. De la nature microbienne des conjonctivites observées à l'hôpital ophtalmique de Lausanne. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1899, n° 1.

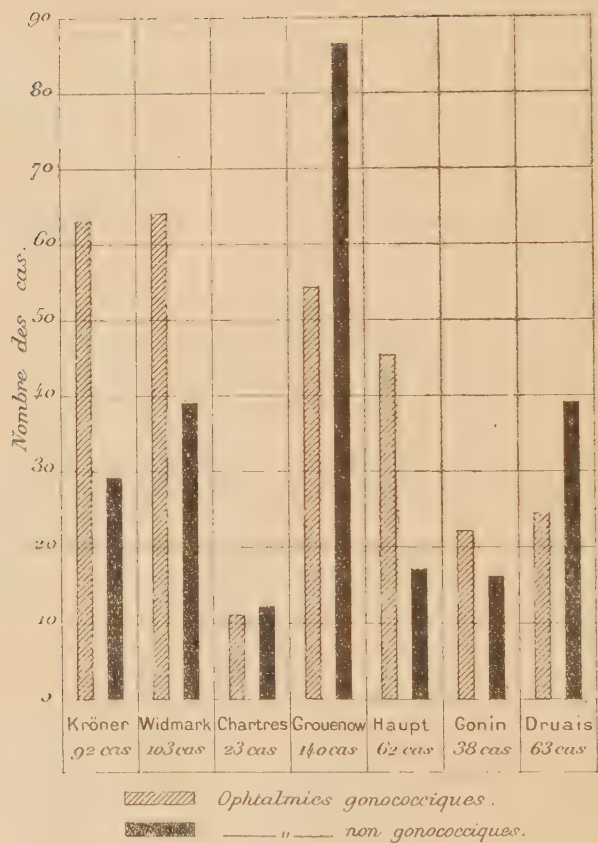


Fig. 1

Ces chiffres, malgré leurs dissemblances, qui tiennent, semble-t-il, à des différences dans la méthode d'examen de chaque auteur, nous permettent d'affirmer que les ophtalmies gonococciques ne comprennent pas plus de la moitié environ des cas de toutes les inflammations conjonctivales du nouveau-né.

Cette proportion, qui tire sa valeur de ce que l'examen bactériologique sert de base à chacune des statistiques, justifie suffisamment que, dans une étude d'ensemble sur les ophtalmies du nouveau-né, on établisse un parallèle entre celles qui sont causées par le gonocoque et celles qui ne le sont pas.

CHAPITRE II

Ophtalmies gonococciques

Il est démontré aujourd'hui par les expériences de Pírringer et les recherches nombreuses suscitées par la découverte du gonocoque, que l'ophtalmie gonococcique provient le plus habituellement d'une infection des yeux de l'enfant lors de son passage à travers la filière génitale. Nous ne nous arrêterons pas aux travaux établissant la fréquence du gonocoque, dans les sécrétions vaginales pendant la grossesse, ni aux discussions sur les conditions mécaniques qui favorisent l'inoculation conjonctivale pendant l'accouchement. De même, nous ferons une description rapide de l'ophtalmie franche, à grosse réaction inflammatoire, de ses complications cornéennes et de leur évolution éloignée : ce sont des points bien établis.

Nous voulons seulement fixer quelques particularités cliniques que nous offre l'examen de nos observations et qui nous permettent de comparer plus justement entre eux les deux groupes d'ophtalmies que nous étudions.

Date d'apparition

1° *Ophthalmies congénitales.* — Il est indiscutable que l'enfant peut naître avec une ophtalmie nettement caractérisée.

Valude (1) dans son ouvrage, cite les faits de Magnus, Galezowski, Feis, Kronenberg, Hirschberg, Nieden et Paryscheff. Friedenwald (2), Strzeimnski (3) et Cunningham (4) rapportent des cas semblables. Armaignac (5), relate une observation d'ophtalmie congénitale compliquée dès la naissance de lésion cornéenne, et celle de Hiram Woods (6), est à rapprocher de la précédente. M. Morax (7) a pu observer deux exemples de ce genre : dans l'un d'eux, il existait à la naissance une sécrétion purulente, abondante dans les deux yeux. L'autre était intéressant en ce que les conditions qui facilitent ordinairement l'infection : lenteur du travail, rupture prématurée des membranes, manœuvres intempestives, ne pouvaient être

(1) VALUDE. Les ophtalmies du nouveau-né, 1895.

(2) FRIEDENWALD. Antepartum ophthalmia neonatorum. *Medical News*, 1895.

(3) STRZEMINSKY. *Recueil d'ophtalmologie*. 1901.

(4) CUNNINGWORTH. *Transact. of the obst. Soc. of London*. 1903.

(5) ARMAIGNAC. *Annales d'oculistique*. T. CXXXVIII, p. 241.

(6) HIRAM WOODS Ein Falle von intrauteriner gonorrhöischer ophtalmie, mit verlust beider Augen. *Journal of Eye, Ear and Diseases*, 1899 n° 1.

(7) MORAX. *Loco Citato*.

invoquées ici. l'accouchement ayant été absolument normal. L'examen bactériologique montra la présence de nombreux gonocoques dans la sécrétion conjonctivale. Nous reviendrons sur ces deux faits à propos de l'évolution.

Disons de suite que ces ophtalmies congénitales, qui démontrent la possibilité d'une inoculation du sac conjonctival, par le gonocoque, avant la sortie du fœtus, apportent la meilleure justification de la méthode inspirée par Crédé; elles prouvent, par contre, l'insuffisance du simple nettoyage de paupières, méthode prophylactique basée sur cette idée que les germes primitivement fixés sur le bord ciliaire, n'envahissent la muqueuse conjonctivale que secondairement à la naissance.

2° *Ophtalmies précoces*. — Il est classique de dire que l'ophtalmie gonococcique se manifeste le troisième jour après la naissance : c'est, en effet, un mode très fréquent. Nous avons représenté dans le tableau II, à côté de nos observations personnelles, les 43 faits rapportés par Haupt et les 41 faits étudiés par Grouenow dans son dernier mémoire : ils forment un ensemble de 108 cas tous accompagnés d'un examen bactériologique. — Nous voyons immédiatement que la statistique de Haupt s'accorde avec la formule classique puisque dans la moitié de ses observations, l'apparition de la conjunctivite se fait le troisième jour. Déjà celle de Grouenow s'écarte des données habituelles : les troisième, quatrième et cinquième jours renferment un nombre de faits sensiblement égal. Enfin, si nous nous

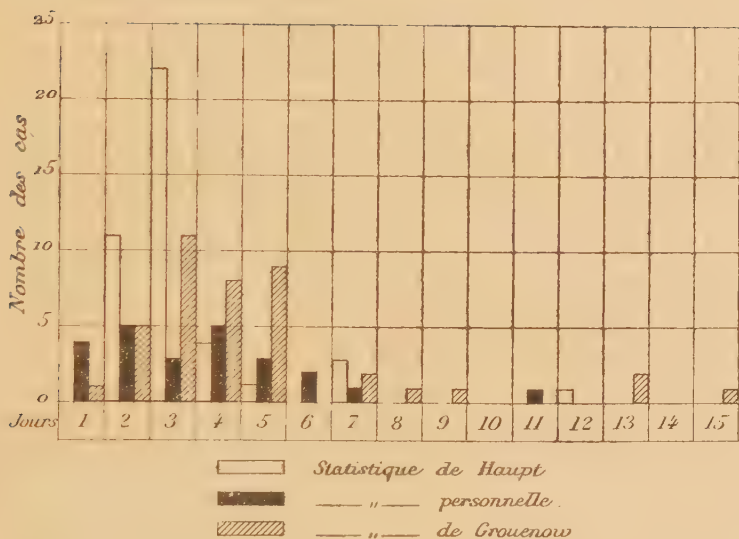


Fig. 2. — Date d'apparition de l'ophtalmie gonococcique.

en tenons à nos seules observations, nous sommes amené à dire que la conjonctivite gonococcique se présente avec presque autant de fréquence chacun des cinq premiers jours de la vie.

Si maintenant nous comparons ce graphique au graphique V qui figure au même chapitre des ophtalmies non gonococciques, nous voyons que la date d'apparition ne peut constituer un caractère de différenciation

absolue entre les deux groupes de conjonctivites et « qu'une ophtalmie dont le début coïncide avec les cinq premiers jours de la vie a autant de chances d'être gonococcique que non gonococcique » (*Morax*).

3° *Ophtalmies tardives*. — Pour les faits observés à partir du septième jour, et qui constituent les ophtalmies tardives, il est facile, d'après notre tableau, de juger de leur rareté, puisque des 103 cas étudiés, 14 seulement se rapportent à ce groupe ; d'où cette conclusion « qu'une ophtalmie à début tardif n'est très vraisemblablement pas de nature gonococcique ». (*Morax*).

C'est pour expliquer ces inflammations éloignées, que l'on a fait intervenir la notion d'infection secondaire, par les linges et les éponges souillés par les lochies maternelles, ou par une contamination de nourrisson à nourrisson dans les milieux hospitaliers. Ce mode d'infection très fréquent autrefois, si l'on en juge par les épidémies redoutables que l'on a observées, est aujourd'hui exceptionnel dans les maternités, grâce aux mesures rigoureuses de prophylaxie.

Restent à interpréter les faits isolés survenant dans des milieux où les soins de propreté les plus élémentaires sont totalement inconnus, et où l'enfant est exposé à toutes les contagions, il faut avouer que dans ces conditions, la preuve d'une infection secondaire, très possible en réalité, est bien difficile à faire. Nous avons pu en juger par nos deux observations d'ophtalmies tardives survenant chez des enfants non hospitalisés, et dont l'affection avait débuté, une fois le 7^e et une fois le 11^e jour ; dans ces cas, on ne pouvait incriminer une ophtalmie de

voisinage comme cause de contagion. Pour expliquer ces faits, notre maître M. Morax, admet plutôt une infection primitive atténuée. « De toutes les hypothèses, celle qui suppose une variation dans la virulence des différents gonocoques, paraît la plus vraisemblable. »

Symptomatologie. — Dans sa forme la plus habituelle, l'ophtalmie est annoncée par du gonflement palpébral, par une légère rougeur de l'œil, et par de l'agglutinement des cils au réveil. Les paupières se tuméfient rapidement, amenant l'occlusion de la fente palpébrale ; la conjonctive très injectée, s'infiltre et se recouvre d'une fausse membrane superficielle ; un liquide clair, citrin, tenant en suspension des filaments muco-purulents, s'écoule de la cavité conjonctivale en grande abondance. C'est la première période ou période d'œdème.

Par des transitions insensibles, se montre au bout de quelques jours, l'écoulement purulent caractéristique de la période d'état. La physionomie de l'enfant, à ce moment, est connue de tous : un pus épais, jaune ou verdâtre, filtré à travers la fente palpébrale et baigne le globe oculaire. La conjonctive, d'un rouge vif, exulcérée par places, forme au niveau des culs-de-sac, de gros bourrelets masquant en partie la cornée, et au niveau du limbe, un chémosis plus ou moins marqué.

Une adénopathie pré-auriculaire accompagne fréquemment cette vive réaction inflammatoire. L'état général de l'enfant n'est pas influencé généralement.

Laissée à elle-même, l'ophtalmie aboutit rapidement aux complications cornéennes les plus graves ; traitée à

temps et convenablement, elle rétrocede et guérit sans laisser de traces.

Cette description rapide n'est, en réalité, qu'un schéma dont ne sauraient s'accomoder tous les faits observés en clinique. Grouenow, à côté de 24 cas de blennorrhée intense, rencontre quatre fois une blennorrhée moyenne, onze fois, une blennorrhée légère. Cette division, bien qu'artificielle, montre nettement que l'ophtalmie gonococcique est loin de répondre toujours au tableau clinique bruyant qu'on se figure habituellement. Elle est même si variée dans ses manifestations qu'elle peut aller jusqu'à revêtir le masque du simple catarrhe conjonctival. Ces ophtalmies catarrhales sont très importantes à connaître, car pour l'enfant et son entourage, elles ne sont pas exemptes de méfaits, et au médecin, instruit des dangers du gonocoque, elles commandent d'instituer une thérapeutique immédiate et sévère.

Formes catarrhales gonococciques. — Schmidt-Rimpler (1), le premier attira l'attention sur elles au 7^e Congrès international de Heidelberg en 1888. Axenfeld (2) depuis les signale dans ses études sur les conjonctivités. Grouenow en rapporte un exemple probant. L'affection avait débuté le quatrième jour après la naissance. L'enfant, examiné 10 jours plus tard présentait une conjonctivite bilatérale très bénigne ; l'œil droit offrait une rougeur peu accusée de la conjonctive, sans œdème

(1) Schmidt-Rimpler. Bemerkungen (zur Ätiologie und Therapie der Blennorrhœa neonatorum. *Deutsche med. Wochenschr.* S. 682-684, 1890.

(2) Axenfeld. Ophtalmoblennorrhœ, besonders der Neugeborenen. *Monatsschr. f. Geburtsh. U. Gynakol.* 1895.

palpébral, ni sécrétion purulente. L'œil gauche avait simplement un peu de muco-pus et un léger gonflement de la conjonctive. Les gonocoques étaient rares. Ce cas malgré sa bénignité apparente se compliqua au cours du traitement d'un abcès cornéen grisâtre qui guérit du reste en quelques jours.

Grouenow ajoute en matière de conclusion, que de l'image clinique seule, on ne peut déduire avec certitude l'existence des gonocoques dans la sécrétion conjonctivale.

Nous avons groupé au chapitre de nos observations, 3 faits de cette nature. Lors de notre premier examen, le gonflement palpébral était négligeable, la conjonctive était plus rouge qu'à l'état normal, la sécrétion était modérée, présentant cet aspect muco-purulent et fibrineux, que l'on retrouve dans les conjonctives très légères ; il n'y avait pas de lésion cornéenne.

Dans l'observation XVII, le début eut lieu le quatrième jour ; l'enfant observé 7 jours plus tard, fut guéri après 15 jours de traitement argentique.

Dans l'observation XVIII, l'ophtalmie qui avait débuté également le quatrième jour, eut une évolution extrêmement rapide, puisque 6 jours de traitement argentique suffirent à amener la guérison.

L'observation XVI est plus intéressante : débutant le onzième jour, et examinée 2 jours plus tard, l'ophtalmie présenta à l'origine des symptômes très bénins. Puis brusquement, le quatrième jour du traitement, il se fit à l'œil gauche une recrudescence inflammatoire avec léger *trouble cornéen*. Il était difficile

d'incrimer le nitrate d'argent, puisque la même solution amenait la guérison de l'œil droit et que son emploi en instillations biquotidiennes faisait disparaître en quelques jours la complication cornéenne. L'évolution dans ce cas fut particulièrement longue, et la guérison complète ne fut obtenue que le trente sixième jour.

Ce seul exemple suffirait à prouver que la benignité des symptômes n'implique pas nécessairement une évolution rapide vers la guérison, et exempte de complication fâcheuse; et que se baser sur l'aspect clinique d'une telle conjonctivite, pour affirmer qu'elle n'est pas gonococcique et que par suite elle guérira par le traitement le plus anodin ou même spontanément, serait compromettre grandement la vue de l'enfant.

Complications cornéennes. — L'existence de lésions cornéennes au cours d'une ophtalmie du nouveau-né, est le meilleur argument clinique que l'on puisse invoquer en faveur de sa nature gonococcique. En nous servant toujours des mêmes éléments de statistique, nous indiquons dans le tableau III, la proportion relative des complications cornéennes dans les deux groupes de conjonctives. Nous constatons que Grouenow voit survenir ces complications dans dix ophtalmies gonococciques, soit une proportion de 25 0 0. Haupt relève treize fois cette fâcheuse évolution, arrivant à une proportion de 28 0 0. Kröner avec ses seize cas, atteint une proportion de 25 0 0 environ, chiffre qui est également le nôtre, puisque dans nos vingt-quatre observations d'ophtalmies gonococciques, nous relevons six cas avec lésions cor-

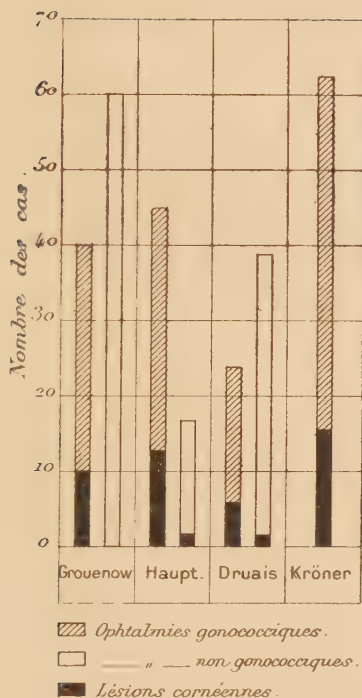


Fig. 3. — Fréquence relative des complications cornéennes dans les ophtalmies gonococciques et non gonococciques.

néennes, cinq fois lors de notre premier examen, une fois en cours du traitement.

En opposition avec ces données, nous voyons au contraire la rareté des complications cornéennes dans les ophtalmies non gonococciques : les quatre faits que nous relevons amènent à une proportion de 1,8 0/0 seulement des cas.

Nous n'insisterons pas sur la fréquence absolue des lésions cornéennes au cours de l'ophtalmie gonococcique.

Dans le travail d'Eperon (1), nous trouvons quelques chiffres empruntés aux statistiques de Horner, de Hirschberg, d'Emrys Jones, de Heim et à ses observations personnelles, ils varient dans des limites étendues de 12 à 13 0/0. Une étude plus récente d'Alvarado (2) montre aussi l'extrême variabilité de complications suivant les milieux et suivant les pays, et des difficultés d'obtenir des résultats comparables.

La date d'apparition des complications de la cornée est également sujette à de grandes variations : exceptionnellement congénitale (Magnus, Armaignac, Hiram Woods), la minime ulcération qui marque le début de l'atteinte cornéenne peut apparaître aussi bien le premier jour que le dixième ou vingtième jour, bien qu'elle se rencontre de préférence la deuxième ou troisième semaine de l'affection. C'est assez dire l'importance d'examens attentifs et répétés pour surprendre dès son origine cette infiltration localisée, qui peut aboutir rapidement aux lésions les plus étendues. En présence des difficultés parfois considérables qui s'attachent à l'examen prolongé de la cornée (blépharospasme, infiltration conjonctivale étendue), on sera heureusement secondé par l'emploi de l'instillation d'une goutte de fluorescéine en solution concentrée ; la coloration jaune verdâtre caractéristique qu'elle donne à toute inégalité de surface de l'épithélium,

(1) Eperon. Les affections blennorrhagiques de l'œil, Lausanne 1902.

(2) Alvarado. Ophtalmie purulente des nouveau-nés (traduction française) Valladolid 1903.

fixe immédiatement sur l'existence et l'étendue de la lésion.

Nous ne décrivons pas l'aspect clinique des lésions cornéennes engendrées par l'ophtalmie gonococcique : depuis la simple érosion épithéliale et l'ulcère en coup d'ongle superficiel, jusqu'à la destruction complète de la chambre antérieure de l'œil et l'expulsion du cristallin, il y a tous les intermédiaires. De leur évolution éloignée, nous dirons seulement que, chez le nouveau-né, la réparation des lésions paraissant les plus graves se fait parfois d'une façon inattendue. Même pendant la période active de l'affection, l'application méthodique du nitrate d'argent en solution suffisamment active, permet parfois d'assister à un retour partiel de la transparence de la membrane cornéenne (Obs. XXIV).

Un des côtés les plus intéressants de cette question des lésions cornéennes au cours des ophtalmies gonococciques, est celui qui se rapporte à leur mode de développement. C'est un fait bien établi depuis Bümm (1) que le gonocoque déposé sur la muqueuse conjonctivale, pénètre très rapidement l'épithélium superficiel de la conjonctive palpébrale et des culs-de-sac, et qu'il s'insinue bientôt plus profondément jusqu'au corps papillaire, Dinkler (2), complète les recherches de Bümm, en montrant que le gonocoque envahit l'épithélium de la cornée et peut même se répandre dans le tissu irien et les couches antérieures du corps vitré. Les recherches entre-

(1) Bümm. Der mikroorganismus der gonorrhoeischen Schleimhauterkrankungen *Gonococcus Neisser*. Wiesbaden, 1887.

(2) Bericht d. Internat. Ophth. Congr. Heidelberg, 1888.

prises depuis lors sur la virulence du microbe, recherches depuis longtemps ébauchées par les expériences de Piringer, permettent d'expliquer la cause de cet envahissement.

MM. Morax et Elmassian (1) dans une série d'expérimentations, démontrent que le gonocoque agit sur l'épithélium conjonctival non pas par une action purement mécanique, mais par l'influence d'un produit soluble qu'il sécrète. Cette toxine, provoque une réaction conjonctivale dont l'intensité est en rapport avec le degré de virulence du microbe, et qui se traduit cliniquement par une hyperhémie intense et par une sécrétion purulente plus ou moins abondante.

On a supposé que cette influence du gonocoque sur le processus destructif de l'épithélium cornéen pouvait se trouver accrue du fait de son association avec d'autres microorganismes. C'est ainsi que Chartres, de l'ensemble de ses observations, conclue à la gravité de l'association avec le streptocoque. Grouenow rencontre un cas particulièrement grave où le pneumocoque était en jeu. D'autres auteurs font intervenir à juste titre, l'influence du bacille de Læffler, qui est déjà par lui seul un facteur puissant de destruction cornéenne. Nous n'avons pas observé de ces exemples, malgré la gravité des complications que nous ayons eues à traiter ; les cultures ont montré que le gonocoque était presque toujours seul en cause : une fois il était associé à de rares staphylocoques.

(1) Morax et Elmassian. *Annales d'Oculistique*, Tome CXXII, 1899.

une fois à quelques staphylocoques et à quelques bacilles massués, microorganismes dont le rôle pathogène est loin d'être démontré.

Il est naturel d'admettre que tout ce qui crée une brèche dans l'épithélium cornéen, favorise aussi la pénétration du microbe : traumatismes pendant l'exploration de l'œil, traumatismes thérapeutiques soit purement mécaniques, soit par action caustique trop considérable. stagnation prolongée du pus au niveau du limbe.

Ces recherches sur le mode d'action des germes infectieux dans l'ophtalmie gonococcique sont fort importantes, en ce sens qu'elles marquent le premier pas pour arriver à la solution définitive, qui est d'opposer aux poisons secrétés un remède spécifique capable de les neutraliser.

En réalité, la question microbienne n'est pas la seule en cause, dans la pathogénie des lésions cornéennes.

Il arrive fréquemment de constater de ces ophtalmies à allures extrêmement bruyantes avec gonflement palpébral considérable, et sécrétion purulente baignant le globe oculaire, laissées par négligence à leur évolution naturelle ou combattues par les moyens les plus funestes ou les plus impuissants. Quelques-unes de nos observations nous en offrent des exemples. Et cependant, à un examen tardif, il est étonnant de ne rencontrer aucune trace de lésion cornéenne.

Pour expliquer ces faits, il faut faire intervenir la question du terrain, qui s'affirme ici avec une netteté toute particulière. L'on a remarqué depuis longtemps l'influence néfaste du mauvais état général dans l'appar-

rition des troubles cornéens ; si nous jugeons, d'après les faits que nous avons recueillis, nous allons jusqu'à dire que les lésions graves de la cornée, celles qui aboutissent à la cécité ou à un abaissement notable de la vision, se rencontrent presque toujours chez les enfants malin-gres, athrepsiques, porteurs de tares héréditaires. Cette influence du terrain est tellement évidente, que l'appli-cation la plus précoce, la plus régulière du traitement local ne peut souvent rien pour enrayer la marche des accidents.

Elle se retrouve avec une régularité frappante dans chacune de nos observations :

Obs. XXIX : Enfant né à 7 mois $1/2$. Mis en couveuse durant son séjour à la maternité. Ophtalmie traitée dès son origine. Infiltration de la cornée droite et ulcération périphérique.

Obs. XX : Enfant né à 7 mois $1/2$. Mis en couveuse durant un mois. Ophtalmie traitée à son origine. Leucome de 2 cornées.

Obs. XXI : Enfant né prématurément, hérédo syphilitique. Infiltration des deux cornées.

Obs. XXII : Enfant né à 7 mois $1/2$. Infiltration totale de la cornée droite. Ulcération centrale de la cornée gauche.

Obs. XXIII : Enfant né à 8 mois, athrepsique, n'ayant au-aptitude à la vie. Infiltration totale de la cor-née gauche avec ulcération centrale.

Obs. XXIV : Enfant né à 8 mois $1/2$, malingre, avec mauvais état général. Ophtalmie traitée dès l'origine. Infiltration totale des 2 cornées

Bien plus, la seule ophtalmie non gonococcique compliquée que nous ayons observée, se produit chez un enfant malingre, hérédosyphilitique, qui voit son affection se terminer, malgré un traitement régulier, par des lésions de deux cornées.

Cette notion de l'influence de l'état général sur la marche d'une conjonctivite, en particulier d'une conjonctivite gonococcique, n'a pas un simple intérêt spéculatif, elle comporte quelques déductions pratiques importantes.

Chez un enfant prématuré, très débile, hérédosyphilitique, le médecin devra plus que jamais apporter tous ses soins à une désinfection précoce du sac conjonctival à la naissance.

En présence d'une ophtalmie du nouveau-né, il ne devra jamais se contenter d'un examen local, mais chercher dans les antécédents du petit malade et dans l'examen de tous ses organes, s'il existe une cause d'affaiblissement qui puisse assombrir l'évolution de la maladie.

Si cette déchéance organique existe, la thérapeutique ne doit pas se borner à des installations, ni à de simples lavages antiseptiques de l'œil, mais doit aussi viser l'état général : allaitement maternel, hygiène rigoureuse, traitement mercuriel.

Enfin, étant donnée dans ces cas, l'incertitude du traitement le plus approprié, le pronostic doit être entouré des plus extrêmes réserves.

Toute la gravité de l'ophtalmie gonococcique vient essentiellement des lésions cornéennes. Les autres compli-

cations locales, abcès sous-conjonctivaux, ulcérations profondes de la muqueuse aboutissant tardivement à la formation de brides conjonctivales et aux déformations palpébrales, sont exceptionnelles.

Quant aux complications générales, on ne les observe pas habituellement. Nous devons signaler cependant l'existence de manifestations articulaires, d'arthrites blennorrhagiques simulant absolument celles que l'on observe dans l'urétrite blennorrhagique.

Dans une revue générale, Dahlströmm (1) étudie tous les cas signalés dans la littérature jusqu'en 1903 : de cette étude, se dégage ce fait que le gonocoque par voie sanguine, envahit la synoviale articulaire et provoque au niveau de l'articulation, depuis la simple réaction inflammatoire à peine décelable, jusqu'aux suppurations les plus étendues. Cependant d'une façon générale l'évolution de ces arthrites est bénigne et la guérison est obtenue en quelques semaines par le repos et la simple compression.

Marche. Durée. Terminaison. — L'ophtalmie gonococcique est le plus souvent bilatérale, bien que nous relevions 7 fois l'unilatéralité des lésions, malgré une vive réaction inflammatoire. Les deux yeux sont rarement atteints simultanément. Ordinairement il s'écoule un temps assez court (1 à 3 jours en moyenne) entre le début de la conjonctive et l'apparition des signes d'infection sur l'œil secondairement atteint. Ce fait peut

(1) DAHLSTROMM. Gelenenktzündung bei Blennorrhoe der Neugeborenen, *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1903.

encore servir à différencier les deux groupes de conjonctivites : dans les non gonococciques en effet, il n'est pas rare de constater entre chaque date d'apparition de l'infection successive des deux yeux, une durée de 8 et 10 jours.

La durée de l'ophtalmie gonococcique est extrêmement variable. Nous avons figuré dans le tableau IV la durée totale de chaque conjonctivite gonococcique, suivie jusqu'à guérison complète, durée qui comprend une première période durant laquelle la maladie a été laissée à son évolution naturelle, et une période de trai-

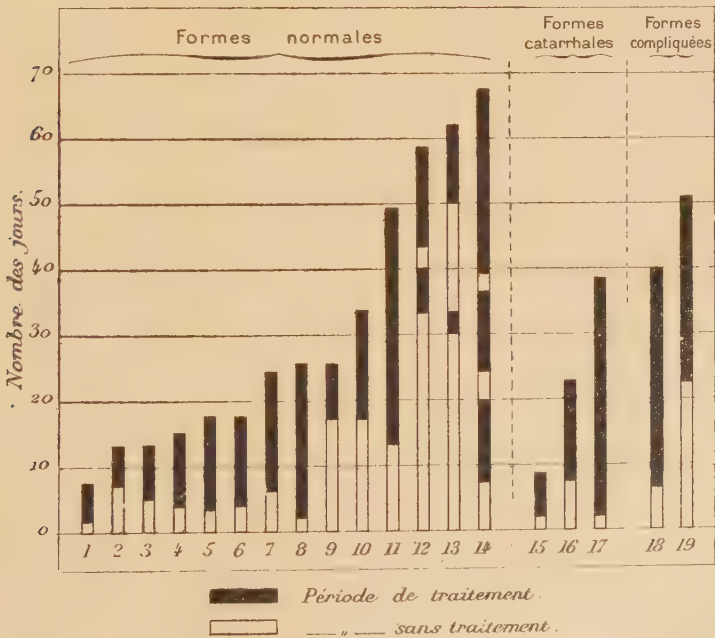


Fig. 4. — Durée de 19 cas d'ophtalmie gonococcique.

tement. Or, si nous prenons les chiffres extrêmes, nous voyons que la durée totale s'étend du 7^e au 67^e jour, en passant par tous les intermédiaires. D'une façon générale, nous pouvons dire que l'ophtalmie gonococcique est de plus longue durée que l'ophtalmie non gonococcique, bien qu'entre les deux variétés il existe de nombreux liens communs « qui font que ce caractère clinique de la durée ne saurait nous aider à établir une distinction entre l'ophtalmie gonococcique et celle qui ne l'est pas » (*Morax*).

En analysant les faits, nous voyons que l'apparition précoce ou tardive de l'ophtalmie n'influe en rien sur sa durée. Le traitement, au contraire, est le facteur le plus puissant pour en modifier l'évolution ; à un traitement très précoce, correspond chez des enfants bien portants une ophtalmie de courte durée. Nos tracés, qui présentent à ce sujet quelques divergences, nous montrent qu'au début du troisième jour, le gonocoque semble avoir déjà envahi trop profondément la muqueuse conjonctivale, pour que l'on puisse tabler sur une guérison très rapide. En opposition avec ces faits, nous rappelons les exemples d'ophtalmies congénitales observées par M. Morax et traitées quelques heures après la naissance : l'une aboutissant à la guérison en cinq jours, l'autre si profondément modifiée le troisième jour, que la mère juge inutile de faire appliquer le traitement ; dans ce cas, malgré la récurrence, la guérison complète n'en est pas moins obtenue cinq jours plus tard.

Là où s'affirme encore l'influence du traitement, c'est dans la régularité de son application. Nos ophtalmies les

plus rebelles (58, 62 et 67 jours nos 12, 13, 16, tableau IV). sont très démonstratives à cet égard.

L'application régulière et suffisamment prolongée du traitement, doit donc être une règle invariable dont on ne doit pas se départir dans la thérapeutique des ophtalmies du nouveau-né.

Quant à la forme de la maladie, l'on peut dire que l'ophtalmie à type catarrhal, ne comporte pas nécessairement une évolution rapide vers la guérison, les trois observations que nous rapportons (nos 15, 16, 17, tableau IV), en sont une preuve, et que l'ophtalmie à complications cornéennes est toujours de longue durée.

De cette étude sur les ophtalmies gonococciques, ressort ce fait que si le plus souvent on est en droit de penser aux gonocoques par le simple examen clinique, on ne peut cependant tirer de la date d'apparition, des formes cliniques, de la marche et de la durée de l'affection des caractères suffisants pour établir son diagnostic d'une façon indiscutable. Il faut pour cela en arriver à l'examen bactériologique. Or, celui-ci est presque toujours d'une grande simplicité. Si l'on a cru pouvoir admettre l'existence de cocci ayant une grande analogie avec le gonocoque, il semble que ce soit plutôt par erreur d'interprétation ou par faute de technique. Grouenow (1) qui étudie longuement cette question de la pseudo-gonococcie, résume ainsi sa discussion : « Nous pouvons être de l'avis de Morax, Axenfeld et autres qui estiment que soit pour le canal uréthral, soit pour la

(1) Grouenow. *Loco citato*.

muqueuse conjonctivale, les cocci qui se décolorent par le Gram doivent être considérés avec grande chance de vérité et à cause de cette particularité comme des gonocoques. Si l'on ajoute à cela leur forme caractéristique, leur situation dans les cellules, on peut poser avec certitude sur examen de la préparation microscopique le diagnostic du gonocoque. »

OBSERVATIONS D'OPHTALMIES GONOCOCCIQUES

A. Formes normales.

OBS. I. (n° 3288) (1). — *Ophthalmie gonococcique unilatérale*
OG. (2) *Début 5^e jour. Vive réaction inflammatoire. Gué-*
risson le 6^e jour du traitement.

Cal... René. 12 jours, entré le 14 octobre 1903 à la maternité de Lariboisière.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

La mère, bien portante, a eu une grossesse régulière ; pertes blanches peu abondantes. Accouchement difficile, enfant à terme, pesant 7 livres environ, bien constitué.

Le début de l'ophtalmie remonte au 5^e jour ; l'œil gauche se met à sécréter, devient rouge et enflé, et en quelques heures réaction inflammatoire marquée. Immédiatement on institue un traitement qui est appliqué durant le séjour de l'enfant à la maternité : installations biquotidiennes de collargol, irrigations et applications glacées. Amélioration manifeste, mais sécrétion purulente encore abondante.

Nous voyons l'enfant le 7^e jour de son ophtalmie :

(1) Le numéro qui accompagne chaque observation, est le numéro d'inscription de l'enfant sur les registres de la consulation d'oculistique à Lariboisière.

(2) OG. Œil gauche.

OD. Œil droit.

ODG. Œil droit et œil gauche.

25 octobre. OG. Paupières rouges et œdématisées : la supérieure est en ectropion. Muqueuse conjonctivale, rouge vif, boursouflée, saignant facilement. Sécrétion purulente épaisse très abondante. Pas de trouble cornéen.

OD. Simple rougeur de la conjonctive tarsienne. Pas d'agglutinement des cils.

Etat général de l'enfant paraît excellent,

Nitrate Ag. 3 0/0 dans OG. et à 1 0/0 dans OD. Lavage au sérum physiologique.

27 octobre. OG. Paupières moins œdématisées : l'ectropion est moins marqué. Sécrétion diminuée. Pas de trouble cornéen. Nitrate ag. 2 0/0.

OD. Indemne.

29 octobre. Plus de sécrétion. La paupière supérieure tend à reprendre sa forme régulière. Etat tomenteux de la conjonctive inférieure. Nit. ag. 1 0/0.

1^{er} novembre. Guérison.

Examen microscopique. Polynucléaires en abondance; nombreuses colonies de *gonocoques* intra et extra cellulaires. Pas d'autre micro-organisme.

OBS. II (n° 3.423).— *Ophtalmie gonococcique unilatérale OG.*
Début 4^e jour. Reaction inflammatoire de moyenne intensité.
Guérison le 14^e jour du traitement.

Bu... Thérèse, 7 jours, née le 28 octobre 1903.

A. H. Père en bonne santé.

Mère a 4 enfants bien portants, qui n'ont jamais eu mal aux yeux; pas de fausse couche. Grossesse dernière régulière; leucorrhée abondante, accouchement normal, enfant a terme très bien constitué.

Le 4^e jour après la naissance, l'œil gauche devient rouge et suintant. Pas de traitement. Sécrétion plus marquée les jours suivants.

4 novembre. 3^e jour de l'ophtalmie.

Cédème des paupières.

O G Rougeur et œdème de la conjonctive. Secrétion jaune abondante, baignant le globe oculaire. Quelques filaments dans les culs-de-sac. Cornée intacte.

O D Normal.

Enfant nourri au sein maternel, bien portant.

Nitrate ag. : 2 0/0 dans l'œil gauche, 1 0/0 dans l'œil droit.

Examen microscopique : quelques gonocoques.

Il nous a été impossible de suivre l'enfant chaque jour, mais nous notons cependant sur notre observation :

18 novembre. Plus de sécrétion. Cornée intacte. Guérison.

OBS. III. — *Ophthalmie gonococcique unilatérale OD. Début 3^e jour. Traitement immédiat, mais insuffisamment prolongé. Récidive avec vive réaction inflammatoire. Guérison après 8 jours de traitement argentine*

B... Etienne, ne présente rien de particulier dans ses antécédents familiaux.

A. H. — Mère bien portante. primipare. Pas de fausse couche. Grossesse normale, pas de leucorrhée. Vient accoucher à la maternité de Lariboisière : accouchement normal. Enfant à terme, petit. Désinfection oculaire immédiate.

3 jours après la naissance, l'œil droit présente du larmolement, un peu de pus à l'angle interne et un léger gonflement palpébral.

Exagération des phénomènes inflammatoires le lendemain. Lavages aux permanganates de potasse continués durant 15 jours. Au bout de ce temps, l'enfant semble guéri et est envoyé à la crèche. Deux jours après, récidive dans le même œil. Nous examinons l'enfant à cette époque.

26 mars 1904. 17^e jour de l'ophtalmie. OD : Paupières rouges et fortement œdématisées. Secrétion purulente très abondante, à la fente palpébrale et dans le sac conjonctival. Fausse membrane blanchâtre, tapissant la conjonctive palpébrale peu

adhérente. Conjonctive rouge, tomenteuse et boursouflée au niveau des culs-de sac. Hyperhémie légère de la conjonction bulbaire.

Pas de trouble cornéen.

OG. Très léger, gonflement palpébral. Pas de photophobie. pas de rougeur de l'œil, pas de sécrétion.

L'enfant s'est développé régulièrement jusqu'ici : il ne présente pas de tare héréditaire appréciable.

Lavages et nitrate Ag : 2 0/0 à droite et 1 0/0 à gauche. Nous avons suivi chaque jour l'évolution de l'ophtalmie et appliqué le traitement argentique d'une façon régulière. Guérison absolue au bout de 8 jours, sans altération cornéenne.

Examen bactériologique. § — Sécrétion de l'œil droit : Rares cellules épithéliales, nombreux leucocytes polynucléaires, diplocoques formant quelques groupes extra-cellulaires surtout très disséminés, ne prenant pas le Gram : *gonocoques*. Pas d'autre micro-organisme. Rien à l'œil gauche.

Culture sur gélose-ascite : nombreuses colonies de *gonocoques* et rares colonies de *staphylocoques* blancs.

OBS. IV (N° 6.229.) — *Ophtalmie gonococcique unilatérale, OD. Début 2^e jour. Infiltration considérable des paupières. Fausse membrane conjonctivale. Guérison le onzième jour du traitement.*

Qu... Marcelle, 6 jours, née le 20 mai 1904.

A. H. Mère est accouchée chez elle par une sage-femme : Accouchement normal. Enfant à terme, petit. Pas de désinfection oculaire après la naissance.

Le deuxième jour, l'œil droit devient rouge et présente une gouttelette de pus à l'angle interne. Les jours suivants, aggravation des symptômes inflammatoires et abondante sécrétion purulente. La sage-femme voit l'enfant chaque jour et conseille des lavagés boriqués.

28 mai. 4^e jour de l'ophtalmie.

OD. Gonflement énorme des paupières qui présentent, surtout la supérieure, un aspect violacé et une infiltration rendant très difficile leur écartement.

Sécrétion purulente gris-jaunâtre, grumeleuse, coulant en abondance sur la joue, et baignant le globe oculaire.

Fausse membrane grisâtre, épaisse, à surface déchiquetée, tapissant toute la conjonctive palpébrale, peu adhérente à la muqueuse, qui saigne légèrement. Culs-de-sac forment des bourrelets saillants. Chémosis marqué.

Pas de trouble cornéen.

Pas d'adénopathie pré-auriculaire.

OG. Normal.

L'état général de l'enfant ne présente rien de particulier : enfant petit, sans malformation : aucune trace de syphilis héréditaire. Entré le jour même dans le service.

Cautérisations bi-quotidiennes avec nitrate d'argent : 2 0/0.

30. OD. Gonflement palpébral moindre. Fausse membrane ne s'est pas reproduite. Pus jaune franc, louable, assez abondant. Conjonctive injectée.

OG. Normal. Même traitement.

31. Sécrétion purulente diminue. Fausse membrane sur le cul-de-sac supérieur. Nitrate d'argent : 1 0/0.

4 juin. Sécrétion presque nulle. Les paupières sont à peine gonflées. Photophobie légère. Nitrate à 1 0/0 une fois par jour.

6. Plus de sécrétion. Simple épaissement de la conjonctive palpébrale.

8. Guérison sans trouble cornéen. L'enfant quitte l'hôpital.

Examen bactériologique. — Leucocytes polynucléaires. Pus fibrineux : groupes de *gonocoques* très abondants dans les cellules, quelques éléments disséminés. Pas d'autre micro organisme.

Culture sur gélose ascite (48 heures) : rares colonies transparentes, petites arrondies : *gonocoques*. Nombreuses colonies de *staphylocoques*.

OBS. V (5827). — *Ophtalmie gonococcique unilatérale OG.*
Début : 2^e jour. Grosse réaction inflammatoire. Guérison le
16^e jour du traitement.

D... Georgette, 19 jours, née le 11 avril 1904.

A. H. — Mère âgée de 30 ans, bien portante. 3 fausses couches. Une grossesse à terme à 23 ans : enfant âgé maintenant de 8 ans, n'a jamais eu mal aux yeux. Dernière grossesse régulière ; pertes blanches habituelles. Accouchement à la maternité de Lariboisière, absolument normal : enfant à terme, bien constitué.

Deux jours après, début de l'ophtalmie que l'on traite immédiatement par des installations de nitrate d'argent et des applications glacées. Au sortir de l'hôpital, la mère néglige de conduire son enfant à une consultation : aucun traitement durant 8 jours.

30 avril, 17^e jour de l'ophtalmie.

OG. Gonflement marqué des paupières. Ectropion de la paupière supérieure. Pus épais baignant le sac conjonctival. Conjonctive très injectée : au niveau de culs-de-sac boursoufflés, elle offre une série de sillons profonds. Pas de chémosis. Pas de trouble cornéen. Légère adénopathie pré-auriculaire.

OD. Absolument normal.

Enfant très vigoureux, nourri au sein maternel. — Nitrate Ag : 2 0/0.

1^{er} mai. Entre dans le service. Même état.

Depuis cette époque, jusqu'au 11 mai, a été soumis à des instillations bi-quotidiennes de nitrate Ag. à 2 0/0, et à des lavages simples. Amélioration progressive. Pas d'extension à l'œil droit. Aucun trouble de l'état général.

Du 11 au 15. Une seule instillation de nitrate à 4 0/0.

12. Guérison complète. Il persiste seulement un peu de rougeur de la conjonctive, et quelques villosités dans le cul de-sac inférieur.

Examen bactériologique. Leucocytes polynucléaires. Rares cellules épithéliales. *Gonocoques* en moyenne abondance, surtout libres et disséminés entre les cellules. Pas d'autre micro-organisme.

Culture sur gélose-ascite (24 heures) : Colonies abondantes et pures de *gonocoques*.

OBS. VI (n° 937). — *Ophtalmie gonococcique bilatérale. Début : 7^e jour. Forme moyenne. Guérison le 13^e jour du traitement.*

Th..., Roger, 11 jours, né le 19 avril 1903, à terme, vigoureux. Rien à noter dans ses antécédents familiaux.

Début de l'ophtalmie le 7^e jour à l'œil gauche ; l'œil droit est atteint 2 jours plus tard.

3 mai : 4^e jour de l'ophtalmie.

OD. Pas de sécrétion purulente. Rougeur et infiltration conjonctivale.

OG. Pus en abondance. Pas de trouble cornéen. Nitratation : 2 0/0.

11. Sécrétion presque complètement tarie. Simple agglutinement des cils : nitrate Ag. : 1 0/0.

L'enfant revu le 16 mai, ne présente plus rien d'anormal.

Examen bactériologique. Nombreux *gonocoques*.

Culture sur gélose-ascite : colonies abondantes de *gonocoques*.

OBS. VII. — *Ophtalmie gonococcique bilatérale. Début : 4^e jour. Interruption dans le traitement ; longue durée. Guérison, le 32^e jour du traitement.*

M... Marcelle, 4 semaines.

A. H. Mère primipare, vient accoucher à la Maternité : accouchement normal à terme ; enfant bien constitué.

La conjonctivite débute aux deux yeux, le quatrième jour après la naissance. Grands lavages au permanganate de potasse durant le séjour de l'enfant à la Maternité. A sa sortie, cessation de tout traitement ; l'ophtalmie récidive et est laissée à sa marche naturelle. Ce n'est que devant l'abondance de la sécrétion que la mère se décide à venir consulter.

12 juin (30^e jour de l'ophtalmie). ODG. : Gonflement marqué des paupières. Ecoulement purulent abondant. Pas de trouble cornéen. Nitrate argent 2 p. 100.

1^{er} juillet. Après dix-huit jours d'interruption du traitement, l'enfant présente aujourd'hui :

OG. : Gonflement et rougeur des paupières. Sécrétion purulente modérée. Conjonctive rouge, tomenteuse, boursoufflée, rendant impossible l'examen de la cornée.

OD. : Très peu de sécrétion. Pas de lésion cornéenne. Nitratation : 2 p. 100.

3-5. Même état ; même traitement.

12. Guérison complète. L'enfant n'a présenté durant toute cette période aucun trouble de l'état général.

Examen bactériologique. — L'examen microscopique de la sécrétion, pratiqué le 12 juin et le 1^{er} juillet, montre de nombreux *gonocoques* en amas intra et extra-cellulaires.

OBS. VIII (N^o 3252). — *Ophtalmie gonococcique bilatérale. Début : 5^e jour. Vive réaction inflammatoire. Ebauche de lésion cornéenne. Interruptions dans le traitement. Longue durée : 60 jours. Guérison sans lésion cornéenne. Ptosis unilatéral OG.*

Ch. . Marcelle. 12 jours, née le 18 octobre 1903, à terme, bien constituée.

Rien à noter dans ses antécédents familiaux.

Début de l'ophtalmie le cinquième jour, à l'œil gauche. Œil

droit atteint quatre jours plus tard. La sage-femme prescrit des lavages au sublimé.

20 octobre. 7^e jour de l'affection :

Paupières très œdématisées, violacées.

OG. : Cils agglutinés par du sang desséché, tapissant la fente palpébrale. Fausse membrane sur la conjonctive tarsienne.

Conjonctive boursoufflée, saignante avec chémosis léger.

Pus grisâtre et grumeleux. Aspect trouble de la cornée.

OD. : Sécrétion purulente plus abondante. Même état conjonctival. Pas de trouble cornéen.

Enfant d'une très bonne santé, ne présente aucune tare héréditaire.

Nitratation : 2 p. 100.

4. Diminution des phénomènes inflammatoires. A gauche, la cornée a retrouvé sa transparence normale. Même traitement.

15. Après une interruption de traitement de 4 jours, l'enfant revient avec un gonflement palpébral et une sécrétion purulente très marquée. Nitrates Ag. : 2 p. 100.

1^{er} décembre. Nouvelle interruption de traitement de quelques jours. Nouvelle récurrence. Même traitement.

L'enfant est soigné régulièrement à partir de ce moment.

28. Guérison complète de la conjonctivité sans lésion cornéenne. L'on remarque à cette période un ptosis du côté gauche, assez marqué. Bon état général de l'enfant.

Examen bactériologique : Gonocoques en grande abondance dans la sécrétion conjonctivale. Nombreuses colonies de *gonocoques* dans les cultures, avec de rares colonies de *staphylocoques*.

OBS. IX (3544). — *Ophtalmie gonococcique bilatérale. Début : 1^{er} jour. Forme de moyenne intensité. Guérison le 5^e jour. du traitement. Strabisme interne O. G.*

Bi..., Alice. 3 jours, née à terme, présente le lendemain de sa naissance, dans les deux yeux, une légère réaction inflam-

matoire, qui augmente le lendemain. La sage-femme prescrit des lavages et des instillations de jus de citron.

12 novembre. 2^e jour de l'affection.

ODG. : Gonflement palpébral modéré. Sécrétion purulente peu marquée.

Pas de lésion cornéenne.

Bon état général de l'enfant.

Guérison complète le 17 novembre. L'enfant présente du strabisme intense à l'œil gauche.

Gonocoques dans la sécrétion conjonctivale de l'enfant.

OBS. X (2928). — *Ophthalmie gonococcique bilatérale chez un prématuré. Début : 1^{er} jour Forme grave : difficultés d'examen.*

K..., Emélie, 1 mois, très débile, malingre, ne présente pas de traces de syphilis héréditaire.

A. H. Mère, âgée de 36 ans : 10 grossesses, 1 fausse couche. 3 enfants morts en bas âge. Les autres enfants sont bien portants, ils n'ont pas eu mal aux yeux. Pertes blanches habituelles.

Dernier accouchement normal. On n'a pas désinfecté les yeux de l'enfant à la naissance.

Dès le lendemain, début de l'ophtalmie dans les yeux. Vient consulter à Lariboisière, seulement le 29^e jour de l'affection.

27 décembre. ODG. Gonflement considérable et rougeur des paupières, bords ciliaires ulcérés, avec eczématisation de la commissure externe. Enorme sécrétion purulente. Conjonctive tellement infiltrée qu'elle masque complètement la cornée. Lavages et nitrate Ag. à 3 p. 100.

Gonocoques en grande quantité dans la sécrétion. L'enfant a cessé de venir à la consultation.

OBS. XI. 4267). — *Ophthalmie gonococcique bilaterale. Debut 1^{er} jour. Forme intense. Guérison rapide sans lésion cornéenne le 8^e jour du traitement.*

L... Rog., 6 jours, né à terme le 10 janvier 1904.

Rien à noter dans ses antécédents.

Debut de l'ophtalmie le cinquième jour à l'œil droit. Œil gauche atteint le lendemain. Pas de traitement.

16 janvier. 5^e jour de la maladie.

ODG. Gonflement considérable et teinte ecchymotique des paupières. Pus épais, jaunâtre, desséché sur les bords palpébraux et baignant la conjonctive qui est épaissie, rouge et saignant par places. Pas de lésion cornéenne.

Teinte subictérique des téguments. Très vigoureux. Nitrate : Ag. 2 p. 100.

18. Très peu de sécrétion. Même traitement.

22. Plus de sécrétion. Simple rougeur conjonctivale. Nitrate : 1 p. 100.

24. Guérison.

Gonocoques en très grande abondance dans la sécrétion.

En culture, sur gélose-oscite (24 h.) : nombreuses colonies de *gonocoques* et quelques colonies de bacilles massués.

OBS. XII (4354). — *Ophthalmie gonococcique bilaterale. Debut : 2^e jour. Forme intense. Courte suspension du traitement. Guérison complète en 23 jours.*

Br... Ernest, 4 jours, né à 8 mois et demi, le 18 janvier 1904. Mère présente des signes de tuberculose pulmonaire : elle a eu des pertes blanches durant toute sa grossesse. Pas de syphilis décelable dans les antécédents familiaux.

Début de l'ophtalmie le deuxième jour, dans les deux yeux. La sage-femme déclare que cela ne sera rien, conseille des

lavages boriques et des applications humides et fait des instillations de jus de citron.

22 janvier. Deuxième jour de l'affection.

ODG. Gonflement maximum des paupières. Pus jaune et épais baignant le globe oculaire. Conjonctives infiltrées et saignantes. Chemosis notable. Pas de trouble corneen. Nitrate : 2 p. 100.

Enfant petit, avec ictère léger. Ne présente pas de malformation ni de signes manifestes de spécificité héréditaire.

24 janvier. Plus d'ictère. Suppuration très abondante. Rien aux cornées. Même traitement.

27. Gonflement palpébral et suppuration moins marqués. Même traitement.

29. La mère, souffrant d'accidents pleuraux-pulmonaires, a dû suspendre l'allaitement de son enfant. Recrudescence de la suppuration. Pas de trouble corneen. Même traitement.

3 février. Suppuration minime. Conjonctive rouge, mais moins infiltrée. Nitrate : 1 p. 100.

8. Cessation du traitement les jours précédents. Revient avec un peu de suppuration des deux yeux. Nitrate à 2 p. 100.

14. Guérison complète.

Examen bactériologique. Dans la sécrétion conjonctivale, nombreux leucocytes polynucléaires : gonocoques abondants, formant des amas intra-cellulaires, retrouvés absolument purs et très nombreux dans les cultures.

OBS. XIII (4387). — *Ophthalmie gonococcique bilatérale. Début 2^e jour. Forme intense. Guérison en huit jours sans lésion cornéenne.*

V. . . Marthe, 8 jours, née à terme le 17 janvier 1904.

Mère accouchée chez elle par une sage-femme. Désinfection des yeux de l'enfant avec du jus de citron.

Début de l'ophtalmie le deuxième jour par l'œil droit, l'œil

gauche atteint deux jours plus tard. Simples lavages boriqués.

25 janvier, sixième jour de l'ophtalmie.

ODG. Gonflement énorme des paupières, avec spasme rendant très difficile l'exploration du globe oculaire. Suppuration jaunâtre, épaisse. Conjonctive saignante, formant de gros bourrelets violacés au niveau des culs-de-sac. Chémosis. Les cornées ne paraissent pas atteintes. Nitrate 2 0/0.

Enfant vigoureux, se développe normalement.

29 janvier. Gonflement palpébral et suppuration moindres. Pas de trouble cornéen. Même traitement.

3 février. OD. Plus de sécrétion.

OG. Suppuration légère. Un peu d'irritation du bord ciliaire

Nitrate 1 0,0.

12 février. Guérison complète.

Examen bactériologique. Leucocytes polynucléaires, *gonocoques* abondants formant des groupes intra-cellulaires. Pas d'autres micro-organismes. Culture sur gélose-ascite (24 h.), nombreuses colonies de *gonocoques*, rares colonies de *staphylocoques* blancs.

OBS. XIV 5489).— *Ophtalmie gonococcique bilatérale. Debut 2^e jour. Forme atténuée. Interruption du traitement. Guérison le 25^e jour du traitement.*

B... Marcel, 5 semaines, né à terme, atteint d'ophtalmie bilatérale deux jours après la naissance. Soigné dès le début à l'hôpital de Rueil. Ramené à Paris. Cessation de tout traitement.

8 avril 1904. 33^e jour de l'ophtalmie.

ODG. Gonflement modéré des paupières. Sécrétion purulente abondante. Pas de lésion cornéenne.

Bon état général de l'enfant. Nitrate d'argent 2 0/0.

11 avril. Plus de photophobie. Plus de sécrétion. Rougeur conjonctivale et larmolement. Nitrate 1 0/0.

15 avril. Même état, même traitement.

18 avril. N'est pas venu les jours précédents. Sécrétion pseudo-membraneuse sur la conjonctive palpébrale. Nitrate 1 0/0.

29 avril. OD. Normal. OG. Sécrétion persiste assez abondante. Même traitement.

3 mai. Guérison complète.

Examen bactériologique. Gonocoques abondants, seulement intra-cellulaires. Pas d'autres micro-organismes.

Culture sur gélose-ascite (24 heures). Rares colonies de gonocoques. Colonies assez nombreuses de staphylocoques.

OBS. XV (5522). — *Ophthalmie purulente gonococcique. Début 5^e jour. Forme de moyenne intensité. Fausses membranes conjonctivales. Longue durée. Guérison complète sans lésion cornéenne le 36^e jour du traitement.*

M... Marguerite, 18 jours, née à terme, très bien portante, sans antécédents, atteinte d'une ophthalmie de l'œil gauche le 4^e jour après la naissance. L'œil droit, pris quelques jours plus tard. La sage-femme rassure la mère et prescrit des lavages boriqués qui sont appliqués durant treize jours.

11 avril. 13^e jour de l'ophthalmie.

ODG. Gonflement marqué des paupières. Pus grumeleux jaune foncé en très grande abondance. Fausses membranes blanchâtres peu adhérentes à la conjonctive. Pas de trouble cornéen. Nitrate 2 0/0.

15 avril. Plus de sécrétion, plus de photophobie. Simple rougeur conjonctivale. Pas de lésion cornéenne. Nitrate 1 0/0.

18 avril. Sécrétion reparait à l'œil gauche. Nitrate 2 0/0. Depuis ce moment jusqu'au 11 mai, la conjonctivite garde les mêmes caractères, très atténués, malgré l'application régulière

du nitrate d'argent, puis assez brusquement la sécrétion disparaît.

17 mai. Guérison complète.

Examen bactériologique. L'examen de la sécrétion pratiqué le 11 avril et le 11 mai montre de nombreux *gonocoques* surtout disséminés. Pas d'autres micro-organismes.

Culture sur gélose-ascite 24 heures. Pas de colonies de *gonocoques*. Quelques colonies de *staphylocoques*.

B. Ophtalmies gonococciques répondant au type du catarrhe conjonctival.

OBS. XVI (n° 3135). — *Ophtalmie gonococcique bilatérale : début tardif le 11^e jour. Forme légère : trouble cornéen pas sager. Longue durée malgré un traitement régulier. Guérison le 36^e jour sans lésion cornéenne.*

De..., Andrée, 14 jours, née le 5 mai 1903.

Mère bien portante : Première grossesse normale. Deuxième grossesse également sans incidents : leucorrhée durant les deux derniers mois. Accouchement normal. Enfant de 8 mois 1/2, pesant 5 livres environ, nourri au sein maternel : augmentation de poids régulière.

Le 11^e jour, l'enfant présente à l'œil gauche une légère tuméfaction des paupières, et un peu de sécrétion agglutinant les cils au réveil, mais disparaissant après lavages. Vient le surlendemain à la consultation de Lariboisière.

19 mai : 2^e jour de l'ophtalmie.

OG. Paupières légèrement gonflées. Conjonctive palpébrale rouge avec sécrétion modérée. Conjonctive bulbaire et cornée normales.

OD. Seulement un peu de rougeur et de sécrétion dans le cul-de-sac inférieur.

En résumé, aspect d'un catarrhe de moyenne intensité.

L'enfant est bien portante et bien constituée.

Cautérisation avec nitrate Ag : 1 0/0.

20-21. Même état. Même traitement.

22. OG. Sécrétion purulente a augmenté, conjonctive plus rouge et gonflée. Léger dépoli de la cornée.

OD. Complètement guéri.

L'enfant entre dans le service, et est soumis à des instillations bi-quotidiennes de nitrate d'argent à 1 0/0. En quelques jours, la cornée retrouve sa transparence, et la réaction inflammatoire s'atténue.

4 juin O. G. Presque plus de sécrétion : un peu de rougeur des culs-de-sac. Nitrate Ag : 1 0/0.

24. Le traitement argentique a été continué jusqu'à ce jour. Guérison absolue sans lésion cornéenne.

Examen bactériologique : *Gonocoques* en très grande abondance dans la sécrétion.

Culture sur gélose-ascite (24 h.). Nombreuses colonies de *gonocoques*. Rares colonies de *staphylocoques*.

OBS. XVII (n° 3136). — *Ophtalmie gonococcique bilatérale légère. Début le 4^e jour. Evolution bénigne. Guérison le 15^e jour du traitement.*

Per..., Suzanne, 11 jours, est née à terme et paraît en excellente santé.

A. H. La mère est bien portante. Ses deux premières grossesses se sont terminées par des fausses couches de deux mois. Quatre grossesses ultérieures normales : enfants bien portants n'ayant jamais eu de conjonctivite. Pas de leucorrhée habituelle. Dernier accouchement normal : il n'a pas été fait de désinfection oculaire chez l'enfant.

Le début de la conjonctivite remonte au 4^e jour : l'œil gauche présente un peu de sécrétion muco purulente même état deux

jours plus tard à l'œil droit. L'on a fait des lavages boriqués.

15 octobre. 7 jours oprés le début.

ODG. Très léger œdème des paupières. Agglutinement des cils.

OD. Sécrétion jaunâtre peu abondante. Simple rougeur de la conjonctive palpébrale. Légère injection de la conjonctive bulbaire, pas de chémosis. Cornée absolument normale. Réaction inflammatoire plus accusée à l'angle interne. Voies lacrymales paraissent normales.

OG. Sécrétion à peine marquée. Réaction modérée de la conjonctive. Lavages et cautérisation avec du nitrate d'argent à 2 p. 100.

17 octobre. OD. La sécrétion est minime. Nitrate d'argent à 1 p. 100.

Guérison de l'œil gauche.

20. Même état, même traitement.

30. Guérison.

L'examen de la sécrétion conjonctivale pratiqué le 15 et le 17 octobre, montre au milieu de leucocytes polynucléaires des *gonocoques* d'abondance moyenne, sans autre micro-organisme. Les diplocoques présentent la réaction colorante de Gram typique. Il n'a pas été fait de culture.

OBS. XVIII (N^o 6333). — *Ophthalmie gonococcique unilatérale. OD. Début et quatrième jour. Réaction inflammatoire très minime. Guérison lesixième jour.*

P..., Lucienne, 6 jours, née à terme. Très bon état général. La maman a quatre enfants en bonne santé, n'ayant jamais eu mal aux yeux. Pas de leucorrhée durant sa dernière grossesse. Accouchement difficile mais spontané. Pas d'instillation dans les yeux de l'enfant à la naissance. Le quatrième jour au soir, légère inflammation de l'œil droit; la sage-femme qui assiste la mère fait des lavages boriqués et envoie l'enfant à la consultation des yeux.

3 juin. Deuxième jour de l'affection.

OD. Paupières un peu rouges, très légèrement tuméfiées. Sécrétion jaunâtre dans le sac conjonctival de moyenne abondance, formation de filaments dans le cul-de-sac inférieur.

Bulbe et cornée normaux.

OG. Absolument indemne. Nitrate d'argent à 2. p. 100.

7 juin. L'enfant revient seulement aujourd'hui, après trois jours d'absence, durant lesquels tout traitement a été suspendu et cependant il n'y a qu'une très minime sécrétion muco-purulente, et un peu de tuméfaction de la conjonctive palpébrale. Même traitement. Nitrate d'argent à 2 p. 100.

9 juin. Plus de sécrétion. Malgré la rougeur de la conjonctive, la guérison peut être regardée comme obtenue. l'examen microscopique du produit de raclage du cul-de-sac inférieur, ne décèle plus de gonocoques.

Examen bactériologique. Sécrétion de l'œil droit : quelques cellules épithéliales, leucocytes polynucléaires en grande quantité, quelques groupes de diplocoques intracellulaires : *gonocoques*. Pas d'autres micro-organismes.

Culture sur gélose, ascite (24 heures), rares colonies transparentes, arrondies, formées par des diplocoques ne prenant pas e Gram, ayant l'aspect morphologique du *gonocoque* en culture. Nombreuses colonies de *staphylocoques* jaunes et quelques colonies de blancs.

C) Ophtalmies gonococciques compliquées.

OBS. XXIX (N° 1.272). — *Ophtalmie gonococcique unilatérale OG., chez un prématuré. Début troisième jour. Interruption du traitement. Lésion cornéenne. Longue durée de l'affection. Guérison avec leucome de la cornée, le vingt-huitième jour du traitement.*

Pie... Christianne, 26 jours, née le 30 avril 1903.

La mère est d'une bonne santé habituelle. Pas de fausse

couche. Première grossesse en 1901 : enfant à terme, présentant à la naissance une ectrodactylie partielle de la main droite. (Persistance de l'index seulement) ; actuellement chétif, offre une ankylose en flexion de l'avant-bras droit sur le bras ; pas de lésions oculaires.

Durant sa dernière grossesse, pertes très abondantes, surtout pendant les quinze derniers jours, mictions douloureuses ; accouchement à la maternité de Lariboisière, à 7 mois et demi.

Enfant extrêmement malingre, pesant 1.750 grammes, mise en couveuse durant son séjour à l'hôpital, jusqu'au 17 mai.

Début de l'ophtalmie le troisième jour, à gauche. Traitement immédiat avec du protargol en instillations et lavages continués jusqu'à la sortie de l'hôpital. L'affection n'est pas complètement guérie à ce moment ; il n'existe pas de lésion cornéenne.

Cessation de tout traitement durant huit jours : écoulement et gonflement palpébral reprennent avec plus d'intensité. La mère amène son enfant le vingt-troisième jour de la maladie, à la consultation des yeux.

26 mai. OG. Paupières agglutinées par une épaisse couche du pus concrété, jaune pâle ; paupières inférieures gonflées. Le globe oculaire est dans un véritable bain de pus. Conjonctive d'un rouge vif, à surface tomenteuse, cul-de-sac saillant, chémosis. Cornée recouverte d'une fausse membrane qui s'enlève par débris : elle est dépolie et présente une infiltration blanchâtre totale.

OD. Légère rougeur conjonctivale. Pas de sécrétion.

L'enfant est malingre, se développe mal, pas de signes de syphilis héréditaire, pas de trouble gastro-intestinal.

Lavages chauds et large cautérisation avec une solution de nitrate Ag. à 2 0/0.

27. OG. L'œil s'est détergé partiellement. La cornée présente une infiltration totale et une petite ulcération superficielle à sa partie inférieure, de teinte plus grisâtre.

OD. Normal.

Collyre de sulfate d'atropine, et même cautérisation argentine.

28. Gonflement et sécrétion purulente presque nuls. L'infiltration cornéenne diminue, l'ulcère est plus superficiel.

Atropine et nitrate au 1/100.

30. Plus de sécrétion. Ulcère en voie de guérison : l'infiltration se rétrécit encore. Même traitement.

4 juin. Les plans superficiels de la cornée renferment un fin réseau capillaire qui s'oriente vers le point ulcéré qui tend à se cicatriser. Même traitement.

8. Même état, même traitement.

12. Depuis trois jours, cessation du nitrate d'argent et massages légers de l'œil avec pommade à l'oxyde jaune, 1/10. Vascularisation cornéenne.

23. Guérison avec leucome inférieur de la cornée, sans adhérences de l'iris.

Examen bactériologique. — L'examen microscopique de la sécrétion de l'œil gauche, montre une grande abondance de *gonocoques* : ceux-ci ne peuvent être décelés dans l'œil droit.

Cultures sur gélose-ascite (24 hs) : nombreuses colonies de *gonocoques*. Rares colonies de *staphylocoques*.

OBS. XX (n° 1478). — *Ophtalmie gonococcique bilatérale chez un prématuré. Début : 3^e jour. Terminaison avec leucome des deux cornées.*

Th... Armand, 1 mois 1/2, né à 7 mois 1/2.

A. H. Père mort d'hémorragie cérébrale à 32 ans.

Mère bien portante, a eu quatre grossesses et une fausse couche de trois mois. Premier enfant né à terme, mort au bout de deux jours. Deuxième et troisième enfants morts durant le travail. Dernière grossesse terminée par un accouchement provoqué à la maternité de Lariboisière. Chloroformisation.

L'enfant est mis en couveuse pendant un mois.

La conjonctivité purulente apparaît le troisième jour. L'enfant est amené le 11 juin à la consultation des yeux ; il a un mois et demi.

Il présente un leucome total non adhérent à l'œil droit, un leucome presque total à l'œil gauche. Toute réaction inflammatoire a disparu, il n'y a plus de sécrétion.

L'enfant n'a pu être suivi ultérieurement.

OBSERVATION XXI (N° 1582). — *Ophthalmie gonococcique bilatérale chez un hérédo-syphilitique. Complications cornéennes au cours du traitement.*

P. Irma, 9 jours, née le 14 juin 1903.

La mère a eu une première grossesse en 1900, absolument régulière : enfant âgé de trois ans, bien portant. A été malade durant sa dernière grossesse. Engorgement ganglionnaire dans les deux aines, indolent, vers le deuxième mois. Au quatrième mois, éruption cutanée généralisée avec chute de cheveux et maux de gorge. Maux de tête violents, vertiges, mauvais état général qui l'obligent à s'aliter. Pertes blanches très abondantes durant les deux derniers mois. N'a suivi aucun traitement.

Accouchement avant terme d'un enfant petit, ne présentant pas à la naissance de stigmates de syphilis. On ne fait pas de désinfection oculaire.

Début de l'ophtalmie le sixième jour, par l'œil gauche, extension à l'œil droit le lendemain. La sage-femme qui assiste la mère déclare que « cela ne sera rien » et conseille des lavages boriqués qui sont appliqués durant trois jours sans résultat.

20 juin, troisième jour. OD : Paupières énormes, violacées. Sécrétion purulente, jaunâtre, épaisse, baignant le sac conjonctival. Conjonctive fortement épaissie et rouge. Pas de lésion de la cornée.

OG. Agglutinement des cils. Sécrétion purulente moins abondante. Pas de lésion cornéenne.

Enfant petit, présente une desquamation légère sur tout le corps.

Pas de fissures aux lèvres. A l'anus, fissure profonde ayant un demi-centimètre de hauteur, humide, rouge violacée. La rate ne peut être sentie. Mauvais état général.

Nitrate Ag : 2 0/0 dans les deux yeux.

La mère présente des plaques muqueuses sur les lèvres, le voile du palais et à la face inférieure de la langue. Plaques muqueuses vulvaires. Syphilides palmaires bilatérales, syphilides pigmentaires au cou, syphilides papuleuses et maculeuses du tronc, pigmentées par places.

Enfin adénopathie cervicale et inguinale des plus nettes.

22. Gonflement palpébral moindre. Sécrétion purulente considérable baignant les globes oculaires. Pas de lésion cornéenne. Même traitement.

24. OD. Plus de gonflement palpébral. Même abondance du pus. Léger dépoli de la cornée.

OG. Gonflement palpébral plus accusé. Grosse suppuration. Dépoli de la cornée.

Large instillation de nitrate à 2 p. 100.

26. Ecartement des paupières plus facile ; sécrétion moindre, plus de trouble cornéen. Même traitement.

27. OG. Augmentation du pus avec érosion cornéenne à la partie interne du limbe cornéen et trouble cornéen.

OD. Pas de lésion cornéenne. Suppuration moyenne. Même traitement.

28. Aspect trouble des deux cornées. A droite, l'érosion garde les mêmes caractères. Même traitement.

30. ODG. La suppuration diminue, les cornées sont plus transparentes.

1^{er} juillet. OG. Même état, même traitement.

OD. La cornée s'éclaircit notablement. La suppuration s'atténue.

A partir de ce moment, l'enfant a cessé de venir à la consultation.

Examen bactériologique. Un examen pratiqué au début montre dans la sécrétion conjonctivale une quantité considérable de *gonocoques* ; un nouvel examen pratiqué le 28 juin, en décèle encore, mais en nombre moins considérable. Rares *gonocoques* dans la sécrétion vaginale de la mère. Il n'a pas été fait de cultures.

OBS. XXII (n° 3498). — *Ophtalmie gonococcique bilatérale chez un prématuré. Début : 6^e jour. Forme grave : complications cornéennes bilatérales.*

B. Marcelle, 15 jours.

La mère est accouchée prématurément : enfant de 7 mois 1/2. Pas de renseignements sur les antécédents familiaux du nouveau-né.

Le 6^e jour après la naissance, l'œil droit devient rouge et se colle au réveil ; 2 jours plus tard, l'œil gauche est atteint à son tour. La sage-femme fait laver les yeux avec une solution de sublimé : c'est elle qui a empêché de venir consulter parce que l'enfant n'était pas venu à terme, c'est elle qui l'envoie aujourd'hui.

Etat actuel : 9^e jour de l'ophtalmie.

ODG. Enorme gonflement palpébral. Conjonctives très infiltrées et très rouges. Pus épais, jaunâtre, très abondant.

OD. Infiltration totale de la cornée.

OG. Ulcération centrale de la cornée.

Gonocoques très abondants dans la sécrétion conjonctivale.

La culture n'a pu être examinée.

L'enfant n'est venue qu'une seule fois à la consultation.

OBS. XXIII (2143.) — *Ophthalmie gonococcique bilatérale chez un prématuré. Début : premier jour. Grande réaction inflammatoire : lésion cornéenne unilatérale.*

M... Henri, 11 jours, né le 17 juillet 1903.

La mère, âgée de 27 ans, a fait une fausse couche de 3 mois, il y a 4 ans. Depuis, 4 grossesses : les 3 premières normales, enfants à terme, n'ayant jamais eu mal aux yeux, actuellement vivants. Durant sa dernière grossesse, entre à l'hôpital Saint-Louis pour lésions cutanées ne paraissant pas spécifiques; trois semaines avant son accouchement, pertes abondantes, jaunes verdâtres tachant la chemise, et mictions douloureuses; aucun traitement. L'écoulement s'accroît jusqu'au moment de l'accouchement.

Accouchement prématuré à 8 mois extrêmement rapide : enfant maigre, pesant 1.500 grammes environ. Pas de désinfection oculaire à la naissance.

Le lendemain, les deux yeux sont gonflés, et rouges, ils présentent un peu de sécrétion purulente. Ces phénomènes s'aggravent très vite jusqu'à ce jour, malgré les lavages boriqués employés.

28 juillet, 10^e jour de l'ophtalmie.

ODG. Paupières énormes. Véritable flot de pus épais et jaunâtre. Conjonctives infiltrées et tomenteuses recouvrant le globe oculaire.

OD. Pas de lésion cornéenne.

OG. Infiltration de toute la cornée avec ulcération centrale sans perforation.

Enfant athrepsique : maigreur extrême, facies de petit vieillard.

Atropine et nitrate Ag. : 2 p. 100.

Examen bactériologique. Rares cellules épithéliales. Polynucléaires abondants; longs filaments de fibrine; *gonocoques*

nombreux, surtout disséminés, formant cependant des amas intra-cellulaires. Pas d'autres micro-organismes.

Culture sur gélose ascite (24 heures) : Les gonocoques sont presque en culture pure : quelques massués, et rares *staphylocoques* blancs.

L'enfant a cessé de venir à la consultation.

OBS XXIV (N° 6193). — *Ophthalmie gonococcique bilatérale chez un prématuré, Debut : 4^e jour. Infiltration des deux cornées. Guérison le 34^e jour du traitement avec taie centrale de la cornée gauche.*

F... Félix, 13 jours, née le 16 mai 1904.

A. H. Mère d'une bonne santé habituelle. Première grossesse à terme enfant a eu une ophtalmie bilatérale survenant le quatrième jour après la naissance, guéri sans lésion cornéenne; actuellement bien portant. 2^e grossesse normale; enfant bien portant, n'a pas eu mal aux yeux. Dernière grossesse sans incidents, terminée à la clinique Baudelocque, par un accouchement à huit mois et demi, extrêmement rapide, avant toute désinfection vaginale, Enfant très petit, débile, désinfection oculaire avec une solution de nitrate d'argent.

Père, d'une bonne santé habituelle. Pas de syphilis décelable chez les parents.

Début de l'ophtalmie le 4^e jour dans les deux yeux. Traitement immédiat par des lavages à l'aniodol toutes les deux heures.

27 mai 1904. 6^e jour de l'ophtalmie.

ODG. Paupières peu œdématisées. Fissures aux angles externes. Un peu d'irritation des bords ciliaires.

OD. Pus grumuleux blanchâtre, agglutinant les cils, peu abondant dans le sac conjonctival. Conjonctive très hyperémisée. Pas de chémosis. Infiltration totale de la cornée, surtout accusée dans la moitié inférieure. Pas de perforation.

OG. Sécrétion purulente plus abondante. Infiltration totale

de la corne, sans perforation. Le centre de la corne est particulièrement opaque.

Enfant malade, se développe mal. Pas de lésion de spécificité apparente.

Nitrate arg. 2 0/0 en installations quotidiennes. Lotions boriquées.

30. Suppuration moins abondante. Même état des cornes. Même traitement.

10 juin. Suppuration très réduite. Eclaircissement très manifeste de la corne droite, surtout au niveau du limbe, moins accentué à gauche. Nitrate d'argent, 2 0/0.

Depuis ce moment, l'enfant a été soumis à des instillations quotidiennes de nitrate. A droite, l'infiltration se résorbe d'une façon très remarquable, et aujourd'hui, 30 juin, il persiste une taie limitée et superficielle à la partie inférieure de la membrane cornéenne. A gauche, taie centrale de la cornée.

L'examen microscopique de la sécrétion montre des leucocytes en assez grande abondance. *Gonocoques* très nombreux, surtout en groupes intra-cellulaires. Pas d'autres micro-organismes. Culture sur gélose-ascite (24 hs) : multitude de colonies de *gonocoques*. Pas d'autres colonies.

CHAPITRE III

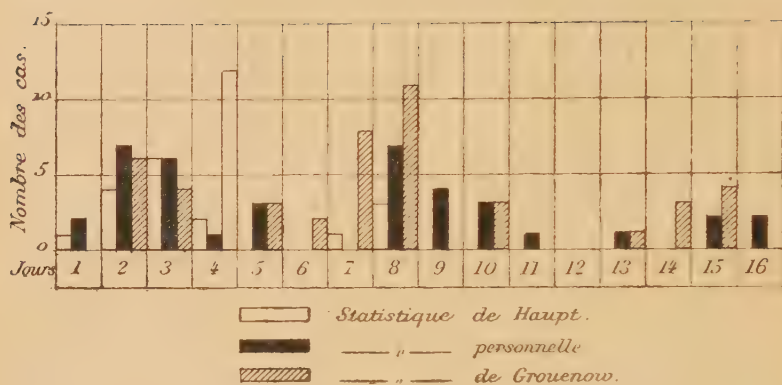
Ophthalmies non gonococciques.

Ce terme générique qui sert à désigner communément le groupe assez complexe des inflammations conjonctivales que nous allons maintenant étudier, s'appuie sur un caractère négatif : l'absence du gonocoque dans la sécrétion oculaire. « C'est même, dit M. Morax, essentiellement sur cette absence du gonocoque que repose le diagnostic. »

Dans le chapitre précédent, nous avons été amené à parler de quelques particularités de ces conjonctivites non gonococciques. il nous reste à compléter leur étude clinique dans une description d'ensemble.

Date d'apparition. — Notre tableau V montre immédiatement que leur date d'apparition est comprise dans des limites assez étendues.

Très fréquentes durant les premiers jours de la vie, on les observe non moins souvent dans la deuxième semaine après la naissance. A partir de ce moment, sans être exceptionnelles, elles apparaissent avec une certaine irrégularité : ces faits tardifs établissent des liens de passage entre les ophthalmies du nouveau-né propre-



— Fig. 5. — Date d'apparition des ophtalmies non gonococciques.

ment dit et celles observées chez le nourrisson plus âgé.

En comparant les trois éléments de statistique qui figurent sur notre graphique, nous voyons qu'ils se superposent d'une façon assez exacte, présentant un premier maximum les 3^e et 4^e jours, un second maximum le 8^e jour et une diminution marquée les jours intermédiaires. Pourquoi cette rareté relative des ophtalmies non gonococciques à la fin de la première semaine de la vie ? Nous signalons le fait sans pouvoir l'expliquer.

Formes cliniques. — D'après nos observations, nous voyons que l'aspect clinique habituel des conjonctivites non gonococciques répond à une forme légère, rappelant ce que l'on désignait autrefois du nom de catarrhe conjonctival : nous l'avons rencontrée dans plus de la moitié de nos cas.

A la période d'acuité, l'enfant se présente avec un

gonflement palpébral très modéré, et un agglutinement des cils par une minime sécrétion muco-purulente. La photophobie est en général peu accusée. La conjonctive simplement hyperémisée au niveau du tarse et de la région bulbaire, présente tout au plus un état tomenteux des culs-de-sac. La sécrétion est habituellement très réduite, tantôt représentée par quelques filaments fibrineux blanchâtres, baignant dans la sérosité conjonctivale, tantôt par une gouttelette de pus jaunâtre à l'angle interne de l'œil. L'examen du sac lacrymal permet de constater qu'il n'est le siège d'aucune sécrétion anormale, pouvant expliquer la réaction conjonctivale. Enfin il est rare de rencontrer une adénopathie préauriculaire.

Un mode inflammatoire très fréquent plus accusé que dans la forme catarrhale précédente, est représenté par l'existence de fausses membranes tapissant la conjonctive tarsienne et une partie des culs-de-sac. Cette membrane fibrineuse, n'est qu'un phénomène accessoire le plus souvent, disparaissant en 24 heures, sous l'influence du traitement. Parfois, cependant, elle revêt un caractère de plus grande intensité : la conjonctive est infiltrée dans ses couches superficielles, débarrassée de sa fausse membrane, elle paraît tomenteuse, ulcérée par places et saignant au moindre contact. Dans les observations XLIII et XLVII, nous voyons nettement ces particularités. Dans ces cas, le pus est en quantité négligeable, l'œil est baigné de larmes, et cet aspect, joint au gonflement palpébral, offre une certaine analogie avec ce que l'on observe au début de l'ophtalmie gonococcique. Il est fréquent de rencontrer des signes d'obstruction

nasale avec catarrhe et éternuements. parfois une légère adénopathie pré-auriculaire. L'état général n'est nullement atteint.

Il existe enfin des formes plus bruyantes, assez rares il est vrai, simulant absolument l'ophtalmie gonococcique. Ce sont précisément ces formes qui ont frappé les premiers observateurs, et les ont amenés à établir sur les seules données bactériologiques, ces distinctions que nous formons aujourd'hui parmi les conjonctivites du nouveau-né. Ici, les paupières sont énormes et rouges, la sécrétion purulente est abondante et baigne le globe oculaire. La conjonctive est infiltrée, ulcérée par places, et forme un chémosis parfois assez marqué. La cornée est presque toujours indemne.

Nous avons pu observer quelques exemples de ce genre (Observations XXXIII, XXXV, XL.)

Le premier examen de l'enfant, nous avait fait porter le diagnostic d'ophtalmie à gonocoques, diagnostic erroné que vint rectifier immédiatement l'examen microscopique. Mais dans ces cas, en dehors de la certitude que donne l'examen bactériologique, la méprise ne peut être de longue durée, car, il y a dans le mode d'évolution de ces formes inflammatoires, un facteur différentiel de premier ordre.

Marche. Durée. Terminaison. — En effet, soumises à un traitement approprié, elles reviennent très rapidement à la forme catarrhale et en un temps plus court que ne le comporte une ophtalmie gonococcique.

D'une façon générale, nous pouvons dire que les conjonctivites non gonococciques, quelles que soient

leurs formes, sont bien plus promptement influencées par la thérapeutique, que les ophtalmies gonococciques. Le temps nécessaire à la guérison est compris ordinairement entre 8 et 10 jours. L'application précoce ou tardive du traitement donne sensiblement les mêmes résultats en ce qui concerne la durée de la maladie. Nous signalerons cependant que certaines formes, en particulier celles qui s'accompagnent de phénomènes d'obstruction nasale, ont une tendance à la récédive ou à la chronicité, et qu'elles doivent être combattues par un traitement régulier et suffisamment prolongé.

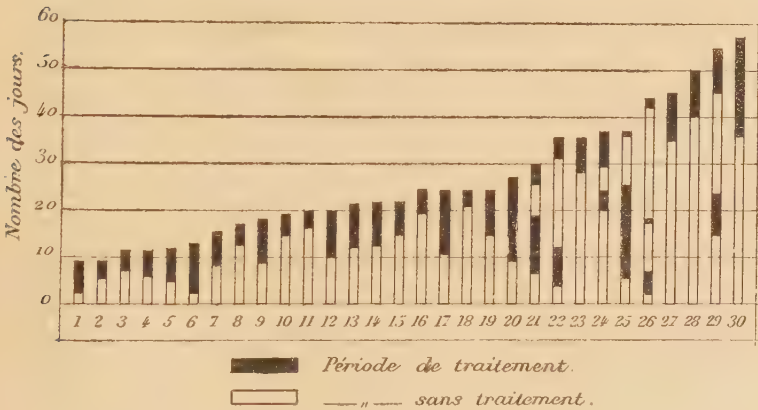


Fig. 6 — Durées de 30 cas d'ophtalmies non gonococciques.

Nous représentons dans le tableau VI, la durée de chacune des ophtalmies non gonococques que nous avons observées ; par comparaison avec le tableau analogue IV, nous voyons que dans leur ensemble, celles-ci aboutissent plus rapidement à la guérison.

Les ophtalmies non gonococciques sont d'un pronostic très bénin : les complications cornéennes sont, nous l'avons vu, très rares, et quand elles se produisent, elles sont ordinairement superficielles, passagères et guérissent sans laisser de trace appréciable. M. Morax rapporte deux exemples de conjonctivites amicrobiennes, ayant présenté des lésions cornéennes : dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une érosion superficielle, paraissant d'origine traumatique, qui guérit en quelques jours en formant une très légère taie excentrique à peine visible. Dans l'autre, il y avait une ulcération cornéenne avec infiltration périphérique qui guérit sans perforation et sans trouble très marqué de la transparence cornéenne centrale.

Dans un cas récent (obs. LVI), nous avons pu observer une érosion superficielle et très limitée de la cornée, sans infiltration périphérique, coïncidant avec une réaction conjonctivale très bénigne. La guérison fut obtenue en quelques jours, sans lésion appréciable. Aucun micro-organisme ne put être décelé dans ce cas. La seule lésion grave de la cornée que nous ayons rencontrée se rapporte à l'observation LXII.

Il s'agissait d'un enfant athrepsique, probablement hérédo-syphilitique, qui présenta, le quatrième jour du traitement une infiltration de la cornée droite, et qui, malgré le traitement mercuriel, vit la cornée gauche offrir les mêmes lésions quelques jours plus tard. L'enfant ne put être suivi.

Ici, l'examen microscopique décéla de nombreux bacil-

les massués, et la culture, un nombre assez restreint de colonies de staphylocoques et de bacilles massués.

L'étude clinique que nous venons de faire des conjonctivites non gonococciques, montre qu'elle ne peut servir de base à une classification utile pour la thérapeutique prophylactique. C'est donc à la notion des causes qu'il faut recourir en dernière analyse pour résoudre la solution du problème. Or déjà, de par leur seule évolution : atteinte successive des deux yeux, notion de contagion dans l'entourage du malade, caractère d'épidémi-cité, on peut soupçonner leur nature infectieuse ; la bactériologie qui a élucidé déjà beaucoup de points obscurs de la pathogénie des conjonctivites nous permet aujourd'hui d'isoler certaines des ophtalmies du nouveau-né et d'en faire une étude distincte ; malheureusement elle est encore impuissante à expliquer tous les faits.

En nous appuyant sur les données bactériologiques, nous diviserons notre étude en :

A. CONJONCTIVITES CAUSÉES PAR DES MICROBES PATHO-GÈNES SPÉCIFIQUES DE LA CONJONCTIVE HUMAINE (Bacille de Weeks. Diplo-bacille de Morax.)

B. CONJONCTIVITES CAUSÉES PAR DES MICROBES PATHO-GÈNES NON SPÉCIFIQUES DE LA CONJONCTIVE HUMAINE. (Pneumocoque, Bacille de Pfeiffer, Bacille de Lœffler, streptocoque, Bactérium coli.

C. CONJONCTIVITES AMICROBIENNES.

**A) Conjunctivites causées par des microbes
spécifiques de la conjonctive humaine.**

1° CONJUNCTIVITE A BACILLES DE WEEKS

Les travaux de Koch, Weeks, Kartulis et Morax ont définitivement fixé la nature spécifique de la conjunctivite catarrhale aiguë. Cette affection est due à un bacille très fin, dont la morphologie se rapproche de celui de la septicémie de la souris ; on l'observe en très grande quantité dans le pus conjonctival, soit libre et isolé, soit en amas à l'intérieur des leucocytes ; enfin il est décoloré par le Gram. Ces caractères suffisent pratiquement à le reconnaître. Inoculé sur la conjunctivite humaine, il reproduit une conjunctivite catarrhale typique Weeks. sur la conjunctivite animale, au contraire, il ne détermine aucune réaction inflammatoire (Morax).

Les statistiques de tous les pays montrent que la conjunctivite à bacille de Weeks est une affection très répandue, atteignant indifféremment l'enfant, l'adulte et le vieillard. Or, il est étonnant, en présence de son extrême contagiosité, de constater la rareté de cette ophtalmie chez le nouveau-né, bien que l'on répète communément que les ophtalmies non gonococciques survenant quelques jours après la naissance relèvent le plus souvent du bacille de Weeks.

Panas en rapporte un cas au congrès d'ophtalmologie de 1893.

M. Morax (1) en signale un autre observé chez un enfant de 10 jours : la conjonctivite était bilatérale, très bénigne et guérit en 10 jours.

Chartres (2) la voit se développer chez un enfant de 18 jours ; l'affection était bilatérale, et il existait une suppuration très abondante qui guérit après recrudescence.

Récemment enfin, Gonin (3) apporte trois nouveaux faits : Dans le premier cas, le bacille de Weeks très abondant, était associé à de rares gonocoques. Une infiltration cornéenne se produisit, mais disparut sans laisser de traces appréciables. Le deuxième cas qui offrait peu de réaction inflammatoire, fut néanmoins long à guérir. Enfin le troisième cas, débutant le septième jour, avec formation pseudo-membraneuse, avait disparu deux jours plus tard.

Nous rapportons les deux seuls exemples qu'il nous a été permis d'observer :

OBS. XXV (N° 3131). — *Ophtalmie à bacilles de Weeks, bilatérale. Debut : dixseptième jour. Forme bénigne. Symptômes d'obstruction nasale. Guérison le dix-huitième jour, sans lésion cornéenne.*

M... Eugène, né à terme le 23 décembre 1903.

Présente le dix-septième jour, dans les deux yeux un peu de sécrétion agglutinant les cils, et formant une gouttelette jau-

(1) Morax. *Thèse*, Paris, 1893-94.

(2) Chartres. *Loco citato*.

(3) Gonin. *Loco citato*.

nâtre aux angles internes. La conjonctive est rouge. Il n'y a pas de photopnie. Ces symptômes s'exagèrent les jours suivants, malgré de fréquents lavages boriqués.

En coïncidence avec les symptômes oculaires, on note des eternuements fréquents, de l'enchièrenement et de la difficulté à prendre le sein.

13 octobre, 4 jours après le début.

ODG. Paupières rosées, mais non tuméfiées. Agglutinement des cils par une sérosité peu abondante. Conjonctives palpébrales rouges, sans gonflement, conjonctive bulbaire légèrement hyperémée. Sécrétion blanchâtre, épaisse, dans le cul-de-sac inférieur. Gouttelette de pus jaunâtre aux angles internes. Cornées indemnes.

Voies lacrymales normales.

L'enfant est très vigoureux : il présente seulement de l'enchièrenement et un peu de gêne respiratoire.

Soumis au nitrate d'argent : 2 p. 0/0.

21 octobre. Guérison complète.

Examen bactériologique: Polynucléaires en grande quantité. *Bacilles de Weeks*, très nombreux sans autre microorganisme.

Culture sur gélose-ascite (48 h.). Petites colonies opaques, jaunâtres, confluentes à la partie inférieure du tube : *massués*.

Entre ces colonies, 8-10 colonies fines seulement visibles à la loupe : *Bacilles de Weeks*.

Le frère du nourrisson, âgé de 14 mois, nous fut présentée le même jour pour une ophtalmie bilatérale, ayant débuté 6 jours avant, et ayant les mêmes mêmes caractères cliniques, mais d'intensité plus considérable : légère tuméfaction palpébrale, œil rose et larmoyant, sécrétion purulente modérée, surtout coryza très accentué avec toux et gêne légère de la respiration. Ici encore l'examen de la sécrétion décela une multitude de bacilles de Weeks, et la culture de nombreuses colonies de *massués* et de rares colonies de Weeks. La guérison fut plus longue à obtenir, mais complète.

Dans l'entourage des petits malades, il nous fut impossible de trouver d'autres cas semblables.

OBS. XXVI (N° 3290). — *Ophthalmie à bacilles de Weeks.*
Début : huitième jour. Forme bénigne : catarrhe nasal. Guérison en 14 jours.

Ch... Emile, 6 semaines, né à terme, est atteint le 8^e jour lors de sa première sortie, d'un peu de catarrhe oculaire avec sécrétion agglutinant les cils, et d'éternuements très fréquents. Des lavages au sublimé font disparaître les symptômes de conjonctivite. Récidive quelques jours plus tard.

Etat actuel : 26 octobre 1903.

Ni photophobie, ni gonflement palpébral. Agglutinement des cils par du muco-pus jaunâtre qui se dessèche en formant de petites croûtes sur le sol ciliaire. Gouttelette de pus aux angles internes des deux yeux.

Hypérémie de la conjonctive, la muqueuse est d'un rouge vif. Yeux larmoyants. Pas de trouble cornéen. La pression sur les sacs lacrymaux ne fait rien sourdre aux orifices lacrymaux.

Léger catarrhe nasal, éternuements fréquents. Bon état général de l'enfant. Aucun cas d'ophtalmie dans l'entourage.

L'examen de la sécrétion décèle une multitude de bacille de Weeks, sans autre micro organisme.

Soumis à des instillations biquotidiennes de protargol au 1/20. l'enfant nous revient guéri le 10 novembre.

De l'ensemble de ces observations se dégage cette conclusion que l'ophtalmie à bacilles de Weeks se présente en général chez le nouveau-né avec des allures extrêmement bénignes et comporte un pronostic rassurant. Maintenant est-il possible de la reconnaître avec certitude, par le seul examen clinique, comme il est souvent

aisé de le faire chez l'enfant plus âgé et chez l'adulte ? nous ne le croyons pas ; lorsque nous étudierons les ophtalmies à pneumocoques, à bacilles de Pfeiffer et les dacryocystites congénitales, nous verrons que bien peu de différences séparent ces diverses affections, et qu'ici encore s'impose, dans un but de prophylaxie, l'examen bactériologique.

2. CONJONCTIVITES A DIPLO-BACILLES DE MORAX.

Ce que nous avons dit au sujet de la conjonctivite aiguë contagieuse, s'applique encors plus justement à la conjonctivite à diplo-bacilles.

Cette affection dont la nature infectieuse et le tableau clinique ont été bien déterminés par M. Morax (1), sévit particulièrement sur l'adulte et le vieillard ; sa fréquence diminue à mesure qu'on se rapproche des premières années de la vie : rares chez le très jeune enfant, elle devient exceptionnelle chez le nouveau-né.

Nous ne l'avons pas observée personnellement, et les statistiques de Grouenow, de Haupt et de Gonin sont muettes à cet égard. Andrad (2) en signale un cas, et Collomb (3) dans ses études sur la conjonctivite diplo-bacillaire, rapporte l'observation d'un enfant de 17 jours,

(1) Morax : La conjonctivite subaiguë. Etude clinique et bactériologique. (*Annales d'oculistique*, 1897).

(2) Andrad : *American journal of medical Sciences*, 1902.

(3) Collomb : Nouvelle contribution à l'étude de la conjonctivite diplo-bacillaire (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1899).

atteint le 6^e jour après la naissance d'une blennorrhée légère et celle d'un enfant d'un mois atteint de conjonctivite plus bénigne encore.

Il ne s'ensuit pas cependant qu'il faille l'éliminer du nombre des conjonctivites du nouveau-né, toutes les fois au contraire que dans l'entourage d'un enfant atteint d'ophtalmie, on a lieu de soupçonner l'affection diplobacillaire, il faut songer à la possibilité d'une contagion et fixer son diagnostic par un examen bactériologique.

Cette rareté des conjonctivites spécifiques chez le nouveau-né, si fréquentes et si contagieuses à tous les âges de la vie, vient à l'appui de l'hypothèse formulée par M. Morax, au sujet de la rareté de l'infection secondaire à la naissance dans la conjonctivite gonococcique.

B. Conjonctivites causées par des microbes pathogènes spécifiques de la conjonctive humaine

A côté des bacilles de Weeks et du diplo-bacille de Morax qui ont une action spécifique sur la conjonctive humaine, prennent place d'autres micro-organismes, dont l'influence pathogène n'est pas strictement localisée à un point de l'économie, et qui, en se développant sur la muqueuse oculaire, produisent des ophtalmies de formes variées, à tous les âges de la vie : tels sont le pneumocoque, le bacille de Pfeiffer, le bacille de Loeffler, le *bacterium coli*, le pneumobacille. Chez le nouveau-né ces ophtalmies ne sont pas exceptionnelles ; et comme

elles ne sont pas ordinairement différenciables par leurs symptômes cliniques, c'est encore leur étude bactériologique qui permettra d'en donner une classification naturelle. Une des plus fréquentes est sans contredit la conjonctivite à pneumocoques.

1^o CONJONCTIVITES A PNEUMOCOQUES

L'existence de cette conjonctivite est un fait bien établi aujourd'hui. M. Morax (1) se basant sur l'absence du pneumocoque, sur la conjonctive normale, et sur l'allure clinique spéciale d'inflammations conjonctivales à pneumocoques observés chez de jeunes enfants, en particulier chez un nouveau-né, est amené à créer ce type de conjonctivite en 1893. M. Parinaud (2) en même temps, décrit la conjonctive lacrymale à pneumocoques des nouveau-nés.

Gasparrini (3) qui s'est attaché particulièrement à l'étude du pneumocoque en pathologie oculaire, étudie à son tour cette conjonctivite ; il en rapporte deux exemples chez le nouveau-né : l'un d'eux présentait une ophtalmie grave, simulant l'ophtalmie gonococcique et terminé au bout de 40 jours par un leucome central adhérent de l'œil droit. L'autre enfant présentait une ophtalmie bilatérale très bénigne, qui guérit rapidement.

(1) Morax : *Thèse de Paris* (1893-94).

(2) Parinaud : Conjonctivite lacrymale à pneumocoques des nouveau-nés (*Annales d'oculistique*, T. CXII). (1894).

(3) Gasparrini : Della conjonctivite pneumococcica. (*Annali di Ottalm.* XXIII). 1894.

Gifford (1), montre également que c'est une affection de l'enfance, parfois contagieuse, souvent influencée par des conditions climatiques, mais qu'elle se rencontre néanmoins chez l'adulte et le vieillard. Ses essais d'ino-culation sur la conjonctive humaine restent infructueux.

Axenfeld (2) décrit une épidémie scolaire de conjonctivite offrant des symptômes d'irritation très violents, terminé favorablement en quelques jours. La même année, dans son travail sur les ophtalmies non blennorrhagiques du nouveau-né, il reprend cette question : il montre la fréquence de la forme bénigne chez les enfants, souvent accompagnée de catarrhe respiratoire. Il cite quelques exemples de formes blennorrhéiques graves, en particulier celui d'un nouveau-né, qui fut guéri en 4 jours. Enfin, il insiste sur la nécessité du diagnostic microscopique, qui permet de formuler un pronostic très bénin et indique la voie thérapeutique.

Depuis lors, les statistiques publiées sur les ophtalmies du nouveau né, en renferment un certain nombre de nature pneumococcique. C'est ainsi que Grouenow, dans son premier mémoire, en observe 5 cas ; dans son plus récent travail, il décrit également 5 cas, tous bénins, se traduisant par une hyperémie peu marquée de l'œil et

(1) Gifford : The pneumococcus of Fraenkel as a frequent cause of acute catarrrhal conjunctivites (*Arch. of ophthalmology*. XXV. 1896).

(2) Axenfeld : Ueber eine durch Pneumocokken hervorgerufene Schulepidémie von conjunctivitis. (*Berlin. Kl. Wochenschr.*, n° 6. 1896).

Axenfeld : Ophtalmoblennorrhoe besonders der Neugeborenen. (*Monatschr. f. Geburtsh u. Gynaekol.* 1895).

par une sécrétion purulente blanchâtre très modérée, terminés sans complication cornéenne.

Gonin, sur 38 cas d'ophtalmies des nouveau-nés, observe quatre fois la conjonctivite pneumococcique, toujours à forme légère et s'accompagnant d'un peu d'en-chifrèment et de larmoiement.

Dans notre statistique personnelle, nous relevons quatre observations de cette nature.

OBS. XXVII (4862). — *Ophtalmie pneumococcique bilatérale chez un prématuré. Début : 2^e jour. Forme légère. Guérison en 10 jours, sans lésion cornéenne.*

H..., Auguste, 15 jours, né le 12 février 1904.

A. H. La mère a souffert durant toute sa grossesse de douleurs abdominales assez vives. Pertes blanches très abondantes non traitées. Accouchement à 8 mois.

Ophtalmie débuta à l'œil droit, deux jours après la naissance. Œil gauche atteint deux jours plus tard. Phénomènes peu accusés ; aucune influence des lavages boricés. Pas d'ophtalmie dans l'entourage.

27 février, 13^e jour de l'affection.

O.D.G. Pas de photophobie ; léger œdème des paupières supérieures. Mucopus jaunâtre humectant le bord ciliaire et formant une gouttelette à l'angle interne des yeux. Fausse membrane mince se détachant facilement, occupant le cul-de-sac inférieur. Filaments fibrineux blanchâtres flottant dans la sclérotine du sac conjonctival. Hyperémie simple de la conjonctive. Cornées normales. Voies lacrymales normales. Pas de sécrétion dans le sac. Pas d'adénopathie pré-auriculaire.

Un peu d'en-chifrèment. Enfant maigre, rappelant l'état athrepsique. Pas d'éruption syphilitique. Ictère léger.

Nitrate Ag : 1 0/0 et lavages simples.

2 mars. Simple état larmoyant des deux yeux. Enchifrènement plus marqué. Nitratisation et pommade mentholée au 1/10^e, en application dans le nez.

6. Même état local. Même traitement. L'ictère a disparu. L'enfant nourri au sein maternel se développe régulièrement.

9. Guérison.

Examen bactériologique : Leucocytes polynucléaires abondants. Quelques cellules épithéliales. Courtes chaînettes (8-10 éléments) de *streptocoques*. Nombreux diplocoques encapsulés prenant le cram *pneumocoques*.

Culture sur gélose-ascite (24 hs). Semis de colonies fines, transparentes, arrondies : (*pneumocoques*). Rares colonies, opaques, petites : *streptocoques* en courtes chaînettes.

OBS. XXVIII (5596). — *Ophtalmie pneumococcique bilatérale. Début 8^e jour. Forme de moyenne intensité. Récidive. Guérison sans atteinte cornéenne.*

F..., Maurice, 10 jours, né le 4 avril 1904 à 8 mois 1/2. Rien de spécial dans ses antécédents héréditaires. Pas d'ophtalmie dans l'entourage.

Début de l'ophtalmie : 8^e jour, dans les deux yeux.

14 avril. Deux jours après le début.

ODG. Gonflement palpébral marqué surtout aux paupières supérieures. Sécrétion purulente très abondante à la fente palpébrale. Fausses membranes conjonctivales. Peu de sécrétion dans les culs-de-sac. Conjonctive d'un rouge vif, très tomenteuse. Légère hyperémie bulbaire. Cornée normale. Pas de ganglion pré-auriculaire. Voies lacrymales ne renferment pas de sécrétion. Pas de catarrhe nasal.

Enfant petit, se développe normalement.

Nitrate Ag : 1 0/0 et lavages simples.

18. Les fausses membranes se sont détachées : vive, rougeur conjonctivale.

19. Plus de sécrétion au réveil. Bon état général de l'enfant.

29. Récidive légère : larmolement, rougeur des yeux, gouttelette de pus aux angles internes. Quelques filaments fibrineux dans les culs-de-sac.

Nitrate Ag : 1 0/0.

24 mai. 2^e récidive : même état que précédemment. Rien d'anormal du côté des voies lacrymales. Pas de catarrhe nasal. Sulfate de zinc : 1/100.

26. Guérison.

Examen bactériologique (14 avril) : Leucocytes polynucléaires et pus fibrineux. Rares cellules épithéliales. 1^o Nombreux amas de bacilles massués, fortement colorés, prenant le Gram. 2^o Petits diplocoques très fins, très nombreux, se colorant mal, ayant l'apparence du bacille de Pfeiffer, decolorés par le Gram. 3^o Surtout diplocoques encapsulés, prenant le Gram : *pneumocoques*. (27 mai). Dans la sécrétion conjonctivale, *pneumocoques* assez abondants.

Culture sur gélose ascite (24 h.). Multitude de colonies ressemblant à des gouttes de rosée (*pneumocoques*), entourant quelques colonies opaques (*staphylocoques* blancs).

OBS. XXIX (N^o 5719). *Ophthalmie pneumococcique unilatérale*
OD. Début 11^e jour. Forme légère. Guérison sans lésion cornéenne le 6^e jour du traitement.

Mo..., Eugène, 1 mois, né à terme, bien constitué, sans antécédents héréditaires, atteint le 11^e jour, d'un léger catarrhe conjonctival à l'œil droit, coïncidant avec un peu de coryza ; éternuements fréquents ; signes d'obstruction nasale.

23 avril (19^e jour de l'ophtalmie :

OD. : Très léger gonflement palpébral.

Pus jaunâtre épais à la commissure interne. Agglutinement des cils par une sécrétion muco-purulente peu abondante. Con-

jonctive de couleur saumon, villeuse, recouvert d'un exsudat opalescent, facile à détacher Sac conjonctival rempli de larmes et de pus grumeleux blanchâtre en petite quantité. Bulbe normal. Rien dans le sac lacrymal.

Adénopathie pré-auriculaire très nette : ganglion de la grosseur d'une noisette, mobile.

OG. : Normal.

Bon état général de l'enfant. Eternuements.

Pas d'ophtalmie dans l'entourage.

29. Guérison complète. L'adénopathie persiste avec les mêmes caractères.

Examen bactériologique. Sécrétion conjonctivale : pus fibreux, abondants pneumocoques.

Cultures sur gélose-ascite (24 heures) : Nombreuses colonies de *pneumocoques* ; très rares colonies de *staphylocoques* blancs.

OBS. XXX (N° 5709).— *Ophtalmie pneumococcique unilatérale* OG. Début : 2^e jour. Forme légère. Guérison sans lésion cornéenne en huit jours.

Bu..., Simonne, 1 mois, atteinte d'ophtalmie légère de l'œil gauche dès le deuxième jour après la naissance.

La mère aurait eu des accidents péritoniques passagers après son accouchement.

23 avril (28^e jour de la maladie) :

OG. : Léger gonflement palpébral. Œil larmoyant et sale. Sécrétion fibrineuse blanchâtre dans le cul-de-sac inférieur. Injection minime de la conjonctive palpébrale. Voies lacrymales ne renferment pas de sécrétion.

Pas d'adénopathie pré-auriculaire.

OD. Normal.

Enchifrènement léger : pas d'écoulement nasal. Bon état général de l'enfant.

Sulfate de zinc : 1/40.

1^{er} mai. Guérison complète.

Examen bactériologique. Sécration. Quelques leucocytes polynucléaires et quelques cellules épithéliales. 1^o Très nombreux diplocoques lancéolés, encapsulés, prenant le Gram (*Pneumocoques* ; 2^o Bacilles fins, isolés, les uns ressemblant au bacille de Weeks, les autres, très courts, ayant l'apparence du bacille de Pfeiffer, ne prenant pas le Gram. Entre les deux formes, tous les intermédiaires. Ça et là, très disséminées, courtes chaînettes de gros *streptocoques*.

Gélose ascite (24 heures) : Multitude de colonies blanchâtres opaques : *Staphylocoques* blancs. Colonies très fines, transparentes, occupant surtout la moitié inférieure du tube : *pneumocoques*.

La conjonctivite à pneumocoques est donc une affection relativement fréquente chez le nouveau-né ; elle se rencontre dans 8 à 12 p. 100 des cas, et parmi les conjonctivites à causes microbiennes connues, elle vient par sa fréquence, immédiatement après l'ophtalmie gonococcique.

Exceptionnellement grave (1 cas de Gasparrini), elle se présente avec un aspect clinique, sensiblement le même que M. Parinaud décrit ainsi : « L'affection débute dans les premiers jours qui suivent la naissance et envahit d'habitude les deux yeux soit simultanément, soit successivement, caractérisée par une légère injection des conjonctives palpébrales et des culs-de-sac, sans gonflement des paupières, ni chémosis.

Lorsque la maladie date d'un certain temps, la muqueuse conjonctivale perd son aspect lisse et prend un aspect velouté. Le globe est parfois un peu rouge, le plus souvent il est d'apparence normale. On constate du

larmolement et une hypersécrétion muqueuse peu abondante. Les paupières sont légèrement collées le matin mais ce symptôme n'est pas constant. Autre particularité caractéristique, il existe généralement un coryza modéré.

Cette conjonctivite est souvent bénigne et disparaît au bout de trois à quatre semaines, soit sous l'influence du traitement, soit spontanément. Il n'est pas rare de voir l'affection persister surtout dans un œil et prendre franchement les caractères d'une conjonctivite lacrymale. Dans ce cas, on constate une obstruction plus ou moins complète du canal nasal. »

Cette symptomatologie qui se rapporte à la grande majorité des cas, ne peut servir à différencier d'une façon absolue la conjonctive pneumococcique des autres conjonctivites : chaque groupe que nous étudions renferme des exemples d'ophtalmies (Weeks, Pfeiffer amicrobiennes), en tous points semblables à la conjonctivite pneumococcique. Ici encore, l'examen bactériologique, très facile, permettra de poser un diagnostic précis et de prévoir avec certitude la terminaison de l'affection.

Pour expliquer le mode de développement de cette ophtalmie, on est réduit à des hypothèses : on peut supposer, comme l'a fait M. Parinaud, que le pneumocoque, agent pathogène dans les infections puerpérales, vient contaminer la conjonctive de l'enfant au moment de l'accouchement. Sous quelles influences, la virulence du microbe se trouve-t-elle accrue, au point de revêtir

parfois un caractère d'épidémicité? Nous ne le savons pas.

2° CONJONCTIVITE A BACILLES DE PFEIFFER

Cette conjonctivite est à rapprocher de la conjonctivite à pneumocoques. Zur Nedden (1) en donne une première description en 1902, et en 1903, il publie dix nouvelles observations ayant trait à des enfants du premier âge. Jundell (2) en observe à son tour une épidémie atteignant 102 nourrissons. De leurs travaux, il résulte que cette conjonctivite est presque toujours bénigne, rappelant exceptionnellement l'ophtalmie gonococcique, et s'accompagnant parfois d'exsudation pseudo-membraneuse. Il est habituel enfin de rencontrer en même temps un léger catarrhe des voies respiratoires. L'évolution rapide et bénigne permettrait de la différencier de la conjonctivite à bacille de Weeks (Jundell). Zur Nedden seulement signale quatre cas chez le nouveau-né.

De notre côté, nous avons pu recueillir quelques observations de ces conjonctivites chez des nourrissons de trois, quatre et cinq mois : l'aspect clinique ne pouvait permettre de les différencier des conjonctivites aiguës contagieuses ; seul l'examen bactériologique nous fit préciser notre diagnostic. Nous l'avons rencontrée une seule

(1) Zur Nedden. *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, (mars 1903).

(2) Jundell. *Mittheilungen aus der Augenh. des Carol. Med. chir. Institutes zu Sockolm*, 1902.

fois chez le nouveau-né, chez lequel elle est du reste assez rare :

OBS. XXXI (2013). — *Ophthalmie à bacilles de Pfeiffer. Début : 2^e jour. Forme très bénigne. Coryza. Récidive. Guérison en 15 jours sans lésion cornéenne.*

Le... Lucie, 22 jours, née à terme, de parents bien portants. présente deux jours après la naissance, un peu de mucus à l'angle interne de l'œil droit et une légère rougeur des paupières, coïncidant avec des symptômes de coryza : éternuements, enchifrènement, mucosités nasales.

Cette conjonctivite garde les mêmes caractères malgré les lavages boriqués employés quotidiennement. L'enfant se développe normalement sans trouble appréciable de l'état général.

Aucun cas d'ophtalmie dans l'entourage du petit malade.

20 juillet. 20^e jour de l'affection.

OD. : Paupières légèrement gonflées ; paupière supérieure rouge. Agglutinement des cils par une sécrétion muco-purulente très modérée. Un peu de rougeur conjonctivale. Petites filaments fibrineux blanchâtres dans les culs-de-sac. Injection minime de la conjonctive bulbaire, fin réseau périkératique. Cornée normale. La pression sur le sac lacrymal ne fait pas refluer de sécrétion sur la muqueuse conjonctivale.

OG. : Indemne.

Rien de particulier dans l'état général de l'enfant ; catarrhe nasal avec enchifrènement assez marqué. Nitrate Ag. 1 p. 100 et pommade au menthol 1/40, en application dans le nez.

24. OD. : Plus de photophobie. Minime sécrétion.

29. L'enfant revient après cinq jours d'absence, présentant une récidive de sa conjonctivite.

ODG. Sécrétion de moyenne abondance. Rougeur plus accusée de la conjonctive.

5 août. Guérison.

L'examen de la sécrétion pratiqué le 20 juillet. montre des bacilles massués, prenant le Gram, en grande abondance, de rares diplocoques encapsulés, prenant le Gram, et de fins bacilles ayant absolument l'apparence du bacille de Pfeiffer, ne prenant pas le Gram.

Un second examen, pratiqué le 29. ne décèle que des bacilles de Pfeiffer très nombreux, formant des amas assez compacts, ne prenant pas le Gram.

Culture sur sérum (48 h.). Rares colonies opaques formées de bacilles en massue, prenant le Gram. Pas de bacilles de Pfeiffer, pas de pneumocoques.

3° CONJONCTIVITE A BACILLES DE LÖEFFLER

Cette conjonctivite est celle qui établit encore à l'heure actuelle, le plus de divergences parmi les observateurs. Si l'on n'envisage dans cette question que la réaction inflammatoire, on peut dire que la conjonctivite diphtéritique est une affection très fréquente chez le nouveau-né ; mais nous savons maintenant que la fausse membrane ne peut servir à différencier une ophtalmie, si grave soit-elle, et qu'elle peut être causée, aussi bien par le gonocoque, le pneumocoque, le streptocoque, par exemple, que par le bacille de Loeffler. Les observations que nous rapportons renferment de nombreux cas d'ophtalmies à fausses membranes, d'étiologies très diverses. Bien plus le bacille de Loeffler est loin de produire toujours sur la conjonctive humaine, cet état d'infiltration profonde, grisâtre, que l'on donnait autrefois comme caractère fondamental de la conjonctivite vraiment spécifique ; il peut donner lieu à des productions

pseudo-membraneuses très superficielles. C'est donc l'examen bactériologique complété, cela va sans dire, par l'épreuve expérimentale du bacille isolé, qui peut nous permettre d'apprécier la fréquence de la conjonctivite à bacilles de Loeffler.

Or, si nous jugeons d'après les statistiques que nous avons utilisées au cours de ce travail, et d'après nos recherches personnelles, nous voyons que la conjonctivite à bacilles de Loeffler est une affection très rare.

Disons cependant que Chartres, parmi ses 23 cas d'ophtalmies du nouveau-né, rencontre quatre fois le bacille de Loeffler : une fois il était associé à du gonocoque, une fois à du staphylocoque, une fois à des diplocoques prenant le Gram, une fois à de fins bacilles prenant le Gram. Dans ces cas, le gonflement palpébral était assez marqué, la suppuration était abondante ; il n'y avait pas de fausses membranes.

Nous signalons enfin une observation de Aubineau (1), chez un enfant de dix-huit jours, où le bacille de Loeffler était associé à du streptocoque, et une observation de Lagrange 2, chez un enfant d'un mois, où le bacille de Loeffler, seul en cause, fut combattu par des injections de sérum antidiphtérique. Mais nous ajoutons que ces faits ne sont pas à l'abri de toute critique, car ils ne sont pas appuyés des résultats expérimentaux qui seuls peuvent donner la certitude.

(1) Aubineau. Diphtérie conjonctivale. *Thèse*, Paris.

(2) Lagrange. Un cas d'ophtalmie diphtérique traité par le sérum. (Société de médecine de Bordeaux, 8 mars 1895).

4° CONJONCTIVITES A STREPTOCOQUES

L'infection de la muqueuse conjonctivale par le streptocoque n'est pas rare chez l'adulte. En s'appuyant sur les caractères de l'adénopathie qui l'accompagne habituellement, Poulard (1) distingue trois formes de conjonctivite: 1° Une conjonctivite lacrymale avec adénite petite ou nulle; 2° Une conjonctivite bilatérale, infectieuse, avec adénite notable; 3° Une conjonctivite unilatérale, avec adénopathie considérable. Ces variétés s'appliquent plus difficilement au nouveau né, chez lequel le streptocoque est presque toujours associé à un autre micro-organisme, dont le rôle pathogène domine et commande l'évolution de l'affection. La fréquence du streptocoque, même dans ces associations est du reste fort variable: pour notre part, nous l'avons rarement observé. Quant à l'ophtalmie du nouveau-né, de nature exclusivement streptococcique, nous la croyons également rare.

Nous relatons une observation d'ophtalmie bilatérale, survenue chez un enfant de quinze jours, ayant au début les caractères d'une ophtalmie gonococcique, et due à un strepto-bacille, dont les caractères morphologiques se modifièrent dans les cultures au point de le rapprocher du streptocoque.

(1) Poulard. Adénopathies dans les infections oculaires. *Thèse*, Paris, 1903.

Obs. XXXII (N° 4553). — *Ophtalmie bilatérale à streptobacilles. Début : 9^e jour. Forme intense. Guérison le 5^e jour du traitement.*

Hu... Paul, 15 jours, né à terme de parents bien portants, présente le 9^e jour à l'œil droit un peu de larmoiement et de la photophobie. Suppuration les jours suivants. L'œil gauche est atteint le 14^e jour.

6 février 1904 : 6^e jour de l'ophtalmie.

OD : Paupières rouges et tuméfiées : la paupière supérieure fait saillie comme dans l'ophtalmie gonococcique. Sécrétion purulente blanchâtre, abondante, remplissant la fente palpébrale : Sérosité citrine baignant le bord ciliaire, lorsqu'on entrouvre intacte.

les paupières. Conjonctive très rouge, très tomenteuse. Pas de chémosis. Filaments fibrineux dans les culs-de-sac. Cornée

OG : Léger gonflement. Rougeur conjonctivale et sécrétion purulente moins abondante.

Voies lacrymales paraissent normales.

Pas d'adénopathie pré-auriculaire.

Pas de signes d'obstruction nasale. Enfant très vigoureux.

Nitrate ag : 2 0/0. Simples lavages.

8. Photophobie moins accusée, gonflement palpébral très réduit. Un peu de pus jaunâtre dans les culs-de-sac. Nitrate ag . 1 0/0.

11. Guérison..

Examen bactériologique. — L'examen extemporané de la sécrétion conjonctivale fait le 6 et le 8 février ne décèle aucun micro-organisme.

Culture sur gélose-ascite (24 h.) : Une colonie de *staphylocoques* blancs, 7 colonies de un millim. de diamètre, à bords dentelés, formées d'une partie centrale, surélevée, opaque, et d'une partie périphérique plus large, demi-transparente, dues

à des bacilles prenant le Gram, formant de longues chaînettes de 20 à 30 éléments, s'entrecroisant en tous sens.

Réensemencement sur gélose-ascite (24 h.) : semis de colonies petites, transparentes, très fines, formées par les mêmes bacilles en chaînettes, plus courts, et ayant de la tendance à prendre la forme arrondie du streptocoque.

Nous signalerons enfin pour mémoire les conjonctivites causées chez le nouveau-né par le *pneumo-bacille* de Friedlander et le *bacterium Coli*.

Ce dernier micro-organisme a été rencontré en particulier par Grouenow (1), Axenfeld (2) Bietti (3), en a rapporté également un cas.

Ces faits sont exceptionnels ; ici encore la forme clinique de l'affection ne permet pas de la distinguer des ophthalmies précédentes, il faut avoir recours aux données bactériologiques.

C) Conjonctivites amicrobiennes

Certains auteurs ont cru pouvoir attribuer un rôle pathogène au staphylocoque et au bacille en massue dans les conjonctivites du nouveau-né ; en réalité, cette influence est loin d'être démontrée, dans l'état actuel de nos connaissances ; ce sont, en effet, des micro-

(1) Grouenew. *Loco citato*.

(2) Axenfeld. *Loco citato*.

(3) Bietti. Typische Blennorrhoea neonatorum durch *Bacterium coli* commune. *Klin, Monatsbl. f. Augenheilk*, 1899.

organismes qui habitent normalement le sac conjonctival. Si dans les observations d'ophtalmies que nous étudions maintenant, ils se rencontrent avec une grande fréquence, nous ne nous croyons pas autorisé à leur rapporter un rôle étiologique.

Ces réserves faites, les conjonctivites qui constituent ce dernier groupe ont comme caractéristique essentielle de ne renfermer aucun micro-organisme pathogène, et même assez fréquemment, aucun microbe décelable par les moyens habituels du laboratoire.

Les statistiques que nous avons utilisées dans notre travail, renferment quelques exemples de cette nature, mais il ne semble pas que leurs auteurs y attachent une bien grande importance. Pour M. Morax (1), au contraire, « ce sont ces faits, où l'examen bactériologique, pratiqué dans les meilleures conditions et dès le début, montre l'absence de tout microbe, qui sont importants pour juger la question des ophtalmies non gonococciques. » A l'appui de sa démonstration, notre maître publie quelques observations qui témoignent des résultats négatifs des recherches bactériologiques les plus minutieuses.

Nous avons groupé à la fin de ce chapitre les faits qu'il nous a été donné d'observer; ils sont nombreux, et forment la grande majorité des conjonctivites non gonococciques. Au point de vue clinique, toutes les formes que nous avons décrites au début de ce chapitre se rencontrent : formes légères catarrhales, formes pseudo-membraneuses, formes blennorrhagiques, simulant l'ophtalmie gonococcique, sans qu'il soit possible de dégager

de leur mode d'évolution, des caractères différentiels suffisants pour leur donner une véritable autonomie.

« Il est possible, dit encore M. Morax, qu'il s'agisse d'une infection dont nous ne connaissons pas le microbe, nos procédés actuels de culture ou d'examen microscopique ne nous permettant pas de le mettre en évidence comme c'est le cas pour l'infection granuleuse. La bilatéralité de l'inflammation, la contamination précoce ou tardive du second œil sont des faits qui plaident en faveur de la nature infectieuse du processus ; à défaut d'une démonstration expérimentale, ils peuvent suffire pour justifier l'hypothèse d'une infection transmissible et susceptible d'avoir été transporté sur l'œil de l'enfant par la garde. »

Au milieu de ces incertitudes, il semble toutefois que l'on puisse isoler quelques-unes de ces ophtalmies amicrobiennes, dont les conditions d'apparition sont vraisemblablement sous la dépendance de l'*hérédo-syphilis*. Nous groupons à la fin de nos observations, cinq faits de cette nature, ayant comme traits de ressemblance de se traduire par une réaction inflammatoire conjonctivale particulièrement intense, malgré l'absence de micro-organismes pathogènes, et de se développer chez des enfants cachectiques, malingres, ayant tout l'habitus de l'hérédo-syphilitique, ou chez des syphilitiques avérés. Bien que nous n'ayons pas ici pour assurer le diagnostic, les résultats positifs que donne très rapidement chez l'adulte, l'épreuve du traitement mercuriel, nous trouvons cependant dans la tendance à la chronicité des lésions conjonctivales, dans l'apparition des complica-

tions cornéennes rapidement envahissantes, et dans la coexistence d'autres lésions muqueuses, des raisons suffisantes pour croire à l'intervention de la syphilis.

Ces exemples viennent à l'appui de ce que dit M. Morax au sujet de la conjonctivité syphilitique. « Certains processus éruptifs peuvent s'accompagner de manifestations conjonctivales. Bien que rarement décrite, la conjonctivite syphilitique n'est pas exceptionnelle : j'ai eu parfois l'occasion de la noter chez l'adulte et dans un certain nombre de cas, même j'ai pu rapporter à cette étiologie l'ophtalmie non gonococcique et sans microbes décelables, constatée chez des nouveau-nés. Je me garderai d'en conclure qu'il soit toujours nécessaire d'incriminer cette infection et je ne crois pas qu'elle soit susceptible d'expliquer plus du 1/20 des ophtalmies non gonococciques du nouveau-né ».

Observations d'Ophtalmies amicrobiennes ou sans micro-organismes pathogènes

OBS. XXXIII (1284). — *Ophtalmie non gonococcique bilatérale simulant au début l'ophtalmie gonococcique. Evolution très rapide. Guérison en sept jours. Légère recrudescence.*

Mon... Roger, 1 mois, né à terme, très bien constitué, n'ayant rien de spécial dans ses antécédents familiaux, est atteint le quinzième jour à l'œil droit d'un fort catarrhe conjonctival que l'on traite par des lavages boriqués sans résultat.

L'œil gauche est pris à son tour huit jours plus tard, en même temps que la sécrétion purulente se fait plus abondante à droite.

Léger coryza, éternuements fréquents. Pas d'état général.

27 mai. quinzième jour de l'affection.

ODG. Gonflement énorme des paupières. Fente palpébrale baignée de muco-pus qui se concrète à l'angle interne. Pus abondant dans le sac conjonctival. Conjonctives rouges, saignant par places, formant d'énormes bourrelets masquant le globe oculaire, à surface tomenteuse. Chémosis marqué. Cornées normales.

Voies lacrymales normales. Pas d'adénopathie pré-auriculaire.

Enfant très vigoureux, présente seulement un peu d'enchièvrement.

Lavages et nitrate d'argent. 2 0/0.

Les jours suivants, la sécrétion diminue très rapidement, seul persiste le gonflement conjonctival.

1^{er} juin. OD. Phénomènes inflammatoires ont disparu. Plus de photophobie.

OG. Légère infiltration du cul-de-sac et du repli semi-lunaire. Plus de sécrétion. Nitrate 1 0/0.

3 juin. Guérison sans aucune altération cornéenne.

Le 18 juin, l'enfant nous est ramené pour une légère recrudescence de sa conjonctivite : un peu de sécrétion autour des cils, état granuleux des culs-de-sac conjonctivaux inférieurs. Nitrate d'argent 1 0/0. Depuis lors, il a cessé de venir à la consultation.

L'examen microscopique de la sécrétion, pratiqué le 27 mai, ne décèle aucun micro-organisme. En culture sur gélose-ascite. Colonies de staphylocoques et de massuès.

OBS XXXIV (N° 1288). — *Ophthalmie bilatérale non gonococcique. Début 3^e jour. Forme légère. Interruption du traitement.*

De... Victor, 9 jours, né à terme, d'une mère bacillaire. Présente le troisième jour, à l'œil droit, des phénomènes atténués de conjonctivite qui augmentent les jours suivants.

27 mai, sixième jour de l'affection.

OD. Gonflement moyen des paupières. Conjonctive rouge, ulcérée par places. Sécrétion modérée. Cornée normale. Voies lacrymales normales.

OG. Indemne.

Enfant bien constitué, s'est développé régulièrement jusqu'ici.

30. OD. : simple rougeur conjonctivale.

OG. : agglutinement des cils, muco-pus à l'angle interne.

2 juin. OG. : Inflammation plus vive, paupières tuméfiées, sécrétion plus abondante. Infiltration des culs-de-sac, cornée normale.

Sur la voute palatine, petite ulcération ovoïde, à fond grisâtre, peu profonde, entourée d'une zone inflammatoire violacée assez étendue, simulant les ulcérations athrepsiques. Troubles gastro-intestinaux. Nitrate Ag. : 1 0/0.

8. Inflammation oculaire moins vive. L'ulcération palatine persiste avec les mêmes caractères. L'état général de l'enfant n'est pas modifié. Même traitement.

L'enfant n'a pas été vu depuis ce jour jusqu'au 15 juin.

Du 15 au 23, il revient pour léger catarrhe oculaire. Guérison.

Au point de vue bactériologique, pas de micro-organisme dans la sécrétion conjonctivale. Il n'a pas été fait de cultures.

OBS. XXXV (N° 1469). — *Ophtalmie purulente amicrobienne, simulant l'ophtalmie gonococcique* Début : 2^e jour. Ictère, coryza. Longue durée : double récidive.

Vil R aymond, 7 jours, né à terme. Parents bien portants.

Début de l'ophtalmie le deuxième jour, par l'œil gauche. Quatre jours plus tard, extension à l'œil droit.

10 juin. Cinquième jour de l'affection.

ODG. : Paupières énormes, rouges, masquant complètement le globe oculaire. Sécrétion purulente abondante. Conjonctive hyperémisée : au niveau des culs de-sac, ulcérations saignant facilement : la muqueuse présente un aspect velouté.

Pas de lésion cornéenne. Voies lacrymales normales. Pas d'adénopathie pré-auriculaire.

L'enfant paraît vigoureux. Cependant, subictère et pied bot vaus bilatéral et incurvation des tibias. Pas de lésions cutanéomuqueuses syphilitiques. Nitrate argent, 3 0/0.

16. L'enfant commence à ouvrir les yeux : conjonctives toujours très infiltrées, avec sécrétion purulente jaunâtre, abondante. Cornées paraissent indemnes. Ictère a disparu, mais troubles gastro-intestinaux.

Nitrate argent : 2 0/0.

20. Plus de sécrétion. Plus de photophobie.

22. Reprise des accidents inflammatoires, surtout à droite.

OD. : Fausses membranes conjonctivales. Sécrétion purulente modérée. Nitration.

27. OD. : Œil larmoyant et sale. Coryza.

Pommade au menthol : 1/40 en application dans le nez.

5 juillet. Guérison des deux yeux. Coryza toujours marqué Bon état général de l'enfant.

15. Nouvelle reprise des phénomènes oculaires : gonflement palpébral.

OD. : Pus abondant, grumeleux, blanchâtre, avec filaments muqueux dans les culs-de-sac. Cornées normales.

Pas de sécrétion dans le sac lacrymal.

Obstruction nasale considérable, grande gêne respiratoire.

L'enfant a cessé de venir à la consultation.

Des examens microscopiques de la sécrétion, pratiqués les 10, 12, 22 juin et le 13 juillet, restent absolument négatifs : pas de micro-organismes.

Culture sur gélose-ascite : pas de microbes.

OBS. XXXVI (1369). — *Ophthalmie bilatérale non gonococcique. Début : Huitième jour. Forme très bénigne. Récidive. Guérison sans lésion cornéenne.*

Mo..., Antoinette, six semaines, née le 26 avril 1904, à terme, sans antécédents héréditaires, présente le huitième jour à l'œil droit un peu de photophobie et de rougeur conjonctivale. Huit jours plus tard, l'œil gauche est atteint à son tour.

La sécrétion purulente augmente ainsi que la photophobie
Bon état général de l'enfant.

4 juin. Premier examen : 36^e jour de l'affection.

ODG. Photophobie peu marquée. Léger gonflement palpébral. Mucopus baignant la fente palpébrale. Conjonctive très injectée surtout à gauche. Bulbe normal. Voies lacrymales perméables.

Enfant nourri au sein maternel, se développe régulièrement.
Bon état général. Pas de catarrhe nasal.

Nitrate d'argent, 1 0/0.

16 juin. Guérison complète.

22. L'enfant est ramené pour une récidive de sa conjonctivite : phénomènes très bénins. Léger coryza.

Nitrate d'argent 1 0/0.

25. Guérison.

L'examen microscopique de la sécrétion est négatif le 4 juin. Il montre le 22 juin quelques *bacilles en massue* prenant le Gram, pas d'autres micro-organismes. Culture sur gélose-ascite (24 h.) : nombreuses colonies de *staphylocoques* blancs.

OBS. XXXVII (1748). — *Ophthalmie non gonococcique unilatérale OD. Début : Huitième jour. Forme de moyenne intensité. Interruption du traitement. Guérison sans lésion cornéenne.*

Au..., Edmond, 42 jours. né le 19 juin 1903.

A. H. Mère en bonne santé. Pas de fausse couche. Son premier enfant aurait eu quelques jours après la naissance, une conjonctivite bilatérale, Guérie en quinze jours sans lésion de la cornée. Dernière grossesse normale. Accouchement à terme.

Début de l'ophtalmie: Huitième jour par l'œil droit. Eternuements très fréquents.

1^{er} juillet. Premier examen : quatrième jour de l'affection.

OD. Simple rougeur palpébrale, photophobie assez marquée. Sécrétion filamenteuse dans les culs-de-sac, baignant la fente palpébrale. Conjonctive tarsienne et des culs-de-sac très rouge, exulcérée par places, en d'autres points recouverte de fausses membranes très localisées et peu adhérentes. Conjonctive bulbaire rouge, sans chémosis. Cornée intacte. Les voies lacrymales ne renferment pas de sécrétion.

OG. Normal.

Très bon état général de l'enfant. Nitrate d'argent 1 0/0.

4 juillet. OD. La photophobie est moindre. Il persiste une fausse membrane superficielle sur la conjonctive tarsienne. Même traitement.

9 juillet. Petits points blanchâtres, formant un véritable semis sur la conjonctive palpébrale. Injection périkeratique légère. Cornée normale. Même traitement.

27 juillet. La mère retenue au lit pour un abcès du sein nous ramène son enfant après 18 jours d'interruption de traitement.

Etat larmoyant des yeux. OD : Sécrétion muco purulente minime et rougeur conjonctivale.

31 juillet. Guérison.

Examen bactériologique : L'examen de la sécrétion pratiqué les 1^{er} et 27 juillet reste négatif. Culture sur gélose-ascite (24 heures) : 40 colonies environ de *bacilles en massue*, prenant le Gram.

OBS. XXXVIII (1798). — *Ophthalmie non gonococcique bilatérale*. Début : 3^e jour. *Forme pseudo-membraneuse*. Guérison rapide sans lésion cornéenne.

S... André, 15 jours, né le 20 juin 1903.

A. H. Père bien portant. Mère aurait fait deux fausses couches de 6 mois. Une grossesse à terme, il y a deux ans : enfant bien portant, n'ayant jamais eu mal aux yeux. Dernière grossesse normale, accouchement à terme. Désinfection des yeux de l'enfant avec du jus de citron.

Début de l'ophtalmie le 3^e jour par l'œil droit. Extension à l'œil gauche 7 jours plus tard.

4 juillet. (1^{er} examen). 12^e jour de l'ophtalmie.

OD. Léger gonflement palpébral. Un peu de sécrétion à la fente palpébrale. Sécrétion muco-purulente dans les culs-de-sac. Conjonctive tarsienne et des culs-de-sac infiltrée, exulcérée, masquant en partie le globe oculaire. La cornée paraît normale. Rien au niveau des voies lacrymales.

OG. Mêmes phénomènes, mais plus accusés : fausses membranes blanchâtres, tapissant la conjonctive palpébrale.

Enfant très vigoureux, croissance régulière.

Nitrate ag. 2 0/0.

8 juillet. La sécrétion diminue, mais la conjonctive est toujours très œdématiée et hyperémiée. Cornées normales. Même traitement.

13 juillet. Il n'y a plus de sécrétion. Simple rougeur des conjonctives tarsiennes.

Examen bactériologique. La sécrétion conjonctivale de chaque œil ne renferme aucun micro organisme. En culture sur gélose-

ascite elle donne au bout de 48 heures, de rares colonies opaques, renfermant un *bacille en massue* prenant le Gram.

OBS. XXXVIX. — *Ophthalmie non gonococcique bilatérale.*
Début : 2^e jour. Fausses membranes. Coryza. Guérison
rapide sans lésion cornéenne.

Del... Marie, 1 mois et demi, née à terme, sans antécédents spéciaux, est atteinte d'ophtalmie bilatérale 2 jours après la naissance. Simples lavages boriqués.

7 juillet (1^{er} examen). 40^e jour de l'affection.

ODG. Grande photophobie et gonflement modéré des paupières. En écartant les paupières, il s'écoule un flot de larmes mélangées de pus blanchâtre, et grumelleux.

Conjonctive tarsienne et du cul-de-sac, d'un rouge saumon, recouverte de fausses membranes peu adhérentes et masquant en raison de leur infiltration, le globe oculaire. Les cornées semblent normales.

A gauche, adénopathie pré-auriculaire, avec empatement péri-ganglionnaire sans trace d'inflammation des téguments.

Voies lacrymales paraissent normales. Coryza léger.

Nitrate ag. 2 0/0. Pommade au menthol en application dans le nez.

12. Etat folliculaire des conjonctives tarsiennes et des culs-de-sac. Larmolement sans sécrétion purulente. Coryza persiste. Enchifrènement marqué. Bon état général de l'enfant. Même traitement.

17. Guérison.

Dans la sécrétion examinée le 7 juillet, beaucoup de *bacilles en massue* prenant le Gram. Pas d'autres micro-organismes. La culture donne également au bout de vingt-quatre heures de rares colonies du même bacille.

OBS. XL (N^o 2.188). — *Ophthalmie non gonococcique bilatérale simulant au début l'ophtalmie blennorrhagique. Début, troisième jour. Ictère. Guérison rapide sans lésion cornéenne.*

Beau... Charlotte, 10 jours, née le 20 juillet 1903.

A. II. Père et mère bien portants. Mère primipare. a eu une grossesse régulière, pertes blanches abondantes ; accouchement à terme, normal. Pas de désinfection des yeux de l'enfant à la naissance. Pas d'ophtalmie dans l'entourage.

Début de la conjonctivite le troisième jour par les deux yeux, coïncidant avec l'apparition d'un ictère bénin sans troubles de l'état général.

Lavages des yeux avec du jus de citron et avec de l'eau de camomille.

1^{er} août. (1^{er} examen). Septième jour de la maladie.

ODG. Enorme gonflement des paupières. Il s'écoule par la fente palpébrale, un liquide clair, ictérique, rappelant celui de l'ophtalmie gonococcique à son début. Pus grumleux, abondant, flottant dans le liquide conjonctival. Conjonctive boursoufflée d'un rouge violacé, empêchant de voir facilement la cornée. Celle-ci est cependant normale. Voies lacrymales ne renferment pas de sécrétion.

Bon aspect général de l'enfant. Ictère assez prononcé.

Nitrate ag. 20/0.

5. Très amélioré.

8. Les paupières ne sont plus gonflées, il n'y a plus de sécrétion.

Examen bactériologique : Pas de gonocoque dans la sécrétion conjonctivale ; bacilles en massue prenant le Gram, ayant en certains endroits la disposition de diplocoques. en d'autres points formant des amas compacts.

Culture sur gélose-ascite (48 heures.) Petites colonies opaques, nombreuses, formées de bacilles massués. Une seule colonie

de *staphylocoques* blancs. Enfin un semis de petites colonies confluentes, blanchâtres, qui ne donnent rien à l'examen microscopique. Par repiquage, sur le même milieu, elles ne se développent pas.

OBS. XLI (N° 2226). — *Ophtalmie non gonococcique latérale. Début 1^{er} jour. Forme très légère. Guérison rapide.*

Pru... Georgette, 14 jours, née le 20 juillet 1903.

A. H : Mère d'une bonne santé habituelle. Pas de fausse couche. 2 enfants morts en bas-âge. Pertes blanches abondantes. Dernière grossesse normale. Accouchement à terme normal. Pas de désinfection dans les yeux de l'enfant après la naissance.

Le lendemain, état larmoyant des deux yeux. Les jours suivants, pus et rougeur conjonctivale. Coryza léger.

4 août : (1^{er} examen) : 13^e jour de l'ophtalmie.

ODG : Yeux larmoyants et sales. Rougeur peu marquée de la conjonctive. Léger gonflement palpébral. Voies lacrymales normales.

Enchifrènement et légère gêne respiratoire. Bon état général de l'enfant. Pas de trace de syphilis.

Nitrat ag : 1 0/0.

5. Très peu de sécrétion oculaire. Même traitement.

8. Guérison.

Aucun micro-organisme dans la sécrétion oculaire. Il n'a pas été fait de culture.

OBS. XLII (N° 3059). — *Ophtalmie non gonococcique bilatérale. Début : 2^e jour. Forme de moyenne intensité. Guérison rapide sans lésion cornéenne.*

Ta... Charles, 4 jours, né le 4 octobre 1903.

A. H. Père bien portant. Mère de constitution chétive : 1^o

grossesse il y a deux ans et demi, terminé par un accouchement spontané à 7 mois : enfant mort-né. 2^e grossesse terminée à 8 mois : enfant cachectique, mort au bout de 10 jours. Dernière grossesse à terme, pertes blanches très abondantes. Accouchement difficile, présentation du siège. Etat de mort apparente de l'enfant, qui est ranimé au bout de 10 minutes. Désinfection oculaire tardive avec du jus de citron.

Début de l'ophtalmie : 2^e jour, les deux yeux sont atteints simultanément.

8 octobre (1^{er} examen) : 2^e jour de l'affection.

ODG. Paupières fermées et légèrement augmentées de volume. Teinte ecchymotique des paupières supérieures. Collection purulente sur toute la fente palpébrale et à l'angle interne. Pus jaunâtre, épais, baignant le globe oculaire. Conjonctive très hyperémiée, chémosis. Pas de trouble cornéen.

Voies lacrymales ne renferment pas de sécrétion.

Très bon état général de l'enfant qui présente un ictère très atténué.

Nitrate ag : 2 0/0.

10. Plus de sécrétion conjonctivale. Ecchymose palpébrale persiste. Conjonctive toujours injectée.

Nitratation, 1 p. 100.

15. Guérison complète.

Examen bactériologique. — Sécrétion conjonctivale : nombreux leucocytes polynucléaires, filaments de fibrine. Pas de gonocoque ni de microbe spécifique. Petit cocci disséminé, sans morphologie bien nette, prenant le Gram.

Culture sur gélose-sérum (48 h.), 50 colonies environ, opaques, de 3-8 millim. de diamètre, formées de bacilles à morphologie variable : les uns ayant une certaine analogie avec le diplobacille, les autres en forme de massue, prenant le Gram.

Réensemencement sur gélose-sérum (24 heures) : nombreuses colonies de bacilles massués, prenant le Gram.

OB. XLIII (N° 3169). — *Ophthalmie non gonococcique unilatérale OD. Début : 4^e jour. Infiltration conjonctivale : fausses membranes. Guérison sans lésion cornéenne.*

Pan..., Marguerite, 12 jours, née le 4 octobre 1903.

A. H. : Mère malade, anémique : pas de bacilliose décelable. Fausse couche de trois mois et demi, il y a deux ans. Un enfant mort à 4 mois, à la suite de convulsions. Dernière grossesse normale ; pertes blanches abondantes ; accouchement normal à terme. Pas de désinfection des yeux de l'enfant à la naissance. Pas d'ophtalmie dans l'entourage.

Début de l'ophtalmie : 4^e jour, par l'œil droit. Pas de traitement.

16 octobre (1^{er} examen), 8^e jour de l'affection.

OD. : Paupières œdématiées. Sérosité citrine filtrant à travers la fente palpébrale baignant le sac conjonctival. Un peu de muco-pus dans les culs-de-sac. Conjonctive infiltrée d'aspect lardacé, grisâtre, surtout au niveau des culs-de-sac, chémosis. Sur le tarse, fausses membranes peu épaisses et peu adhérentes.

Cornée normale. Rien du côté des voies lacrymales.

OG. : Indemne.

Enfant très vigoureux, ne semble présenter aucune tare héréditaire.

Nitrate argent : 2 p. 100.

19. Fausse membrane s'est reproduite avec les mêmes caractères. Gonflement palpébral. Sérosité citrine baignant le globe oculaire. Même traitement.

22. Gonflement palpébral modéré. Conjonctive dépouillée de sa fausse membrane, est d'un rouge vif et un peu tuméfiée. Sécrétion purulente assez épaisse a remplacé la sérosité des premiers jours. Même traitement.

25. Plus de sécrétion. Simple rougeur conjonctivale.

26. Guérison.

Examen bactériologique. L'examen des fausses membranes et de la sécrétion, pratiqué le 16 et le 19, ne décèle aucun micro-organisme. 1^o Culture sur gélose-ascite : Quelques colonies de *staphylocoques* blancs, colonies plus nombreuses de *bacilles en massue*; 2^o Culture sur sérum : Quelques colonies de *bacilles en massue*.

OB. XLIV (N^o 3203). *Ophtalmie non gonococcique unilatérale*
OD. Début : 10^e jour. Forme légère. Guérison complète.

J..., Louis, 11 jours, né à terme, sans antécédents héréditaires, présente le dixième jour, à l'œil droit, un peu de sécrétion agglutinant les cils et de la rougeur conjonctivale.

19 octobre 1903 (1^{er} examen), 2^e jour de l'ophtalmie.

OD. Léger gonflement palpébral. Œil larmoyant et sale. Voix lacrymales ne renferment pas de suppuration.

O.G. : Indemne.

Bon état général de l'enfant. Subictère apparu depuis deux jours. Pas de coryza.

Nous n'avons pu suivre l'enfant chaque jour. Nous notons sur l'observation :

30 octobre. Guérison. Cornées intactes.

L'examen de la sécrétion ne décèle pas de micro-organismes. Polynucléaires et pus fibrineux. Grandes plaques épithéliales. Culture sur sérum : (24 h.) : 30 colonies opaques, blanchâtres, de *staphylocoques*.

OBS. XLV (3255). — *Ophtalmie non gonococcique bilatérale.*
Début : 10^e jour. Forme pseudo-membraneuse. Guérison rapide sans lésion cornéenne.

Mo..., Albert, 3 semaines, né à terme, sans antécédents spéciaux, présente le 9^e jour, de l'enchifrènement avec difficulté pour prendre le sein. Le lendemain, agglutinement des cils à

l'œil droit Extension à l'œil gauche, 4 jours plus tard. Lavages boriqués sans résultat.

23 octobre. (1^{er} examen) : 14^e jour, de l'ophtalmie.

ODG. : Paupières fortement œdématiées ; les supérieures ont un aspect violacé. Agglutinement des cils par de la sérosité. Fausse membrane blanchâtre, peu adhérente, tapissant la conjonctive palpébrale. Muqueuse rouge et saignante tuméfiée, vive réaction inflammatoire surtout marquée près de l'angle intense. La cornée est difficile à voir dans sa totalité, elle paraît indemne, voies lacrymales sont normales.

Ces phénomènes sont plus marqués à gauche. De ce côté, adénopathie pré-auriculaire très légère.

Pas de signes d'obstruction nasale. L'enfant paraît en bonne santé.

Nitrate ag. 2 p. 100.

25. Même gonflement palpébral. Plus de fausse membrane. Très peu de sécrétion. Conjonctive rouge et tomenteuse.

28. Guérison. L'examen microscopique ne décèle pas de micro-organisme dans la sécrétion. En culture sur gélose-ascite : rares colonies de *staphylocoques* jaunes.

OBS. XLVI (3518). — *Ophtalmie non gonococcique bilatérale très bénigne. Début : 9^e jour. Guérison complète sans lésion cornéenne.*

M..., Jean, 3 semaines, né à terme, très bien portant présente une ophtalmie bilatérale très bénigne, ayant débuté par l'œil gauche, 9 jours après la naissance, étendue à l'œil droit 6 jours plus tard.

6 novembre. (1^{er} examen) : 11^e jour de l'affection.

ODG. : Yeux larmoyants et sales. Rougeur conjonctivale. Pas de trouble cornéen.

20. Guérison complète.

L'examen de la sécrétion conjonctivale renferme quelques leucocytes polynucléaires, et quelques *bacilles en massue*.

OBS. XLVII (3.604). — *Ophtalmie non gonococcique bilatérale. Début, 3^e jour. Forme intense : fausses membranes. Guérison sans lésion cornéenne.*

H... Louise, 21 jours, née à terme, de parents bien portants, est atteinte le 13^e jour à l'œil gauche d'une légère réaction inflammatoire qui augmente les jours suivants. Le 10^e jour, la sécrétion est abondante. Le gonflement palpébral est très accusé. Lavages boriqués. Le 19^e jour, extension à l'œil droit.

17 novembre. (1^{er} examen) : 8^e jour de l'ophtalmie.

O.G. Paupières supérieures gonflées, violacées, en ectropion. Sérosité citrine et muco-pus baignent la région ciliaire. Grande difficulté pour découvrir le sac conjonctival. Conjonctive d'un rouge vif, recouverte d'une fausse membrane grisâtre, assez adhérente, surtout sur les culs-de sac, où elle se termine. Conjonctive bulbaire rouge sans chémosis. Cornée normale.

O.D. Mêmes phénomènes, mais plus accusés. Sécrétion purulente épaisse et abondante entre les paupières. Adénopathie pré-auriculaire assez marquée.

Les voies lacrymales ne sont le siège d'aucune suppuration. Bon état général de l'enfant. Pas de coryza.

Nitrate ag. 2 %.

5 décembre. Guérison. Cornées indemnes.

L'examen de la sécrétion conjonctivale pratiqué le premier jour ne décèle pas de micro-organisme. Il n'a pas été fait de culture.

OBS. XLVIII (2295). — *Ophtalmie non gonococcique bilatérale. Début : 15^e jour. Forme très légère. Récidive. Guérison complète.*

L... René, 1 mois, né de parents bien portants, présente le 15^e jour à l'œil gauche un peu de gonflement palpébral et

du muco-pus agglutinant les cils. L'œil droit est pris trois jours plus tard. La sage-femme prescrit des lotions bori-
quées, qui atténuent mais ne guérissent pas les phénomènes
inflammatoires.

21 décembre 1903. (1^{er} examen). Quinzième jour de l'af-
fection.

Yeux larmoyants et sales. Légère rougeur conjonctivale.
Cornées normales. Léger coryza. Bon état général de l'enfant.

Nitrate ag. 1 %.

30. Guérison complète.

21 janvier 1904 Récidive depuis quelques jours. Les pau-
pières sont gonflées et rouges. Muco-pus autour des cils. A
gauche, sécrétion purulente épaisse, peu abondante, sié-
geant dans les culs-de-sac. Conjonctive de teinte saumon, légè-
rement tomenteuse. Voies lacrymales ne renferment pas de
sécrétion.

Coryza assez marqué; enchifrènement.

Nitrate ag. 1 %, et pommade au mentole 1/40 en applica-
tions dans le nez.

31. Les phénomènes oculaires ont disparu, il persite un
peu de gêne respiratoire.

Aucun micro-organisme spécifique dans la sécrétion conjonc-
tivative et dans la culture.

OBS. XLIX (N° 4055). — *Ophtalmie bilatérale non gonococ-
cique. Début : 5^e jour. Forme de moyenne intensité. Guérison
le 4^e jour du traitement.*

B... André, 21 jours, né à terme, présente à l'œil gauche,
cinq jours après la naissance, du gonflement palpébral et de la
sécrétion conjonctivale; trois jours plus tard, extension à l'œil
droit. Lavages boriqués sans résultat.

29 décembre 1903. Seizième jour de l'affection.

ODG. Gonflement palpébral. Suppuration conjonctivale plus marquée à droite. Pas de trouble cornéen.

Rien d'anormal en dehors de l'appareil oculaire.

Nitrate argent : 2 0/0.

31. O. D. : Amélioration marquée.

O. G. : Plus de sécrétion conjonctivale.

2 janvier. Guérison.

Examen microscopique. Leucocytes abondants. Pas de micro organismes.

OBS. L (N° 4040). — *Ophtalmie non gonococcique bilatérale. Début : 5^e jour. Vive réaction inflammatoire surtout à droite. Guérison le 11^e jour du traitement.*

B... Germaine, 19 jours, née à terme, sans antécédents familiaux. Pas de désinfection oculaire à la naissance. Début de l'ophtalmie le cinquième jour à l'œil gauche : œdème palpébral, rougeur conjonctivale, sécrétion. On emploie des lavages au permanganate de potasse toutes les deux heures sans résultat. L'œil droit est atteint quelques jours plus tard.

26 décembre 1903. Quatorzième jour de l'ophtalmie.

OG. : Paupières légèrement œdématisées. Photophobie. Sécrétion purulente abondante autour des cils et dans le sac conjonctival. Fausse membrane légère tapissant les culs-de-sac et l'angle interne de l'œil. Conjonctive tarsienne tomenteuse et très rouge. Bulbe injecté. Pas de chémosis. Pas de trouble cornéen. Pas de ganglion pré-auriculaire.

OD. : Paupières plus œdématisées et plus rouges. Sécrétion brunâtre, épaisse, plus abondante. Ulcérations de la conjonctive tarsienne saignant facilement. Pas de lésion cornéenne.

Enchifrènement, léger écoulement nasal. Pas de lésion bucco-pharyngée.

Enfant petit, s'est développé régulièrement jusqu'ici.

Nitrate argent : 2 0/0.

5 janvier. Plus de gonflement palpébral. Plus de photophobie. Très minime sécrétion humectant le bord ciliaire. Simple rougeur de la conjonctive des culs-de-sac.

Enchifrènement toujours notable.

Nitrate d'argent 1 0/0.

7 janvier. Guérison de la conjonctivite.

Examen bactériologique : Sécrétion conjonctivale, aucun micro organisme. Culture sur gélose-ascite (48 heures). Trois colonies de *staphylocoques*. Semis abondant de petites colonies opaques formées par du *bacille massué*.

OBS. LI (N° 4353). — *Ophtalmie gonococcique bilatérale*
Début 9^e jour. Spasme des paupières. Fausses membranes.
Guérison le 4^e jour

Le... Elise, 15 jours, née le 7 janvier 1904.

A. H. Mère âgée de 35 ans, n'a jamais été malade. Bien réglée. Pas de pertes blanches. Premier enfant mort à 3 ans de méningite tuberculeuse.

A 19 ans, fausse couche de 6 mois 1/2.

A 20 ans, accouchement à 8 mois, enfant mort-né.

A 23 ans, accouchement à 7 mois, enfant mort-né.

A 25 ans, enfant à terme, actuellement âgé de 12 ans, bien portant, présente du strabisme convergent.

A 32 ans, accouchement à terme, enfant meurt le onzième jour.

Dernière grossesse normale, accouchement à terme.

Père alcoolique. Pas de syphilis décelable chez les parents.

Début de l'ophtalmie : 9^e jour, dans les deux yeux. Sécrétion jaunâtre, larmolement abondant, petites hémorragies conjonctivales. Bon état général de l'enfant. La sage-femme fait appliquer des lotions boriquées.

22 janvier, sixième jour de l'ophtalmie.

ODG. Gonflement palpébral modéré. Sécrétion jaunâtre

agglutinant les cils. Ce qui prédomine, c'est un spasme des paupières très difficile à vaincre. Conjonctives recouvertes d'une fausse membrane très fine, grisâtre, très adhérente, laissant après disparition la muqueuse ulcérée et saignante. Très peu de sécrétion dans les culs-de-sac. Conjonctive bulbaire rouge avec chémosis. Pas de trouble cornéen.

Pas d'adénopathie pré-auriculaire. Bon état général de l'enfant. Aucun stigmate de spécificité.

Nitrate d'argent : 2 0/0.

24 janvier. Plus de photophobie, plus de sécrétion.

26 janvier. Guérison.

Examen bactériologique : Sécrétion renferme de petit cocci arrondis et légèrement allongés, souvent en diplocoques non capsulés, prenant le Gram.

Culture sur gélose ascite, 48 heures. Une seule colonie de *staphylocoques*.

OBS. LII (N° 4499.) — *Ophtalmie non gonococcique bilatérale simulant l'ophtalmie gonococcique. Début : cinquième jour. Guérison le sixième jour.*

C... Louis, 15 jours, né à la maternité de Lariboisière.

Mère primipare, d'une bonne santé. Grossesse normale : accouchement par le siège. Enfant petit.

Début de l'ophtalmie le dixième jour à l'œil droit. Traitement appliqué dès le début, collargol et permanganate. La mère sort sur sa demande le quinzième jour.

2 février 1904. Cinquième jour de l'ophtalmie.

OD. Paupières gonflées et rouges. Pus épais, jaunâtre, assez abondant dans la fente palpébrale baignant le sac conjonctival. Fausses membranes à la limite du tarse. Pas de trouble cornéen.

OG. Même état, mais sécrétion plus atténuée.

Voies lacrymales normales. Pas d'adénopathie pré-auriculaire. Nitrate ag. 20/0.

Enfant très petit : paraît présenter une légère incurvation des tibias.

5. Photophobie moindre. Plus de sécrétion. Tuméfaction et rougeur de la conjonctive des culs-de-sac, plus accusées à droite. Léger coryza.

Nitrate : 10/0. Pommade au menthol en applications dans le nez.

8. Plus d'inflammation conjonctivale, simple larmoiement.

Examen bactériologique. Sécrétion renferme des polynucléaires en abondance. Aucun micro-organisme

Culture sur gélose-ascite. Colonies de *staphylocoques*.

OBS. LIII (6.113.) — *Ophthalmie non gonococcique unilatérale. OG. Début : premier jour. Forme catarrhale.*

D... Lucie, 15 jours, sans antécédents familiaux, présente dès le lendemain de la naissance un peu de pus à l'angle interne de l'œil gauche et du larmoiement. Les jours suivants, gonflement palpébral et agglutinement des cils.

16 mars 1904 : seizième jour.

OG. Œil larmoyant et sale, légère rougeur de la conjonctive. Peu de sécrétion dans les culs-de-sac. Voies lacrymales normales.

O. D. Normal.

Bon état général de l'enfant. Pas de catarrhe nasal.

L'enfant n'a pu être suivi.

Examen bactériologique. Quelques bacilles massués dans la sécrétion.

Culture sur gélose-ascite (24 heures). Quelques colonies de *staphylocoques*.

OBS. LIV. — *Ophtalmie non gonococcique bilatérale. Début : 14^e jour. Forme catarrhale. Corryza. Fausses membranes pharyngées.*

R., Hélène, 15 jours. présente le jour de son entrée à la crèche de Lariboisière un enchifrènement très marqué avec sécrétion nasale roussâtre assez abondante. Point blanc sur l'amygdale. Pas d'état général.

30 avril 1904. Premier jour de l'affection.

ODG. Léger gonflement palpébral. Yeux larmoyants. Sécrétion muco-purulente humectant tout le bord ciliaire. Conjonctive d'un rouge très vif, avec fausse membrane superficielle se détachant facilement. Pas de trouble cornéen. Les voies lacrymales ne sont le siège d'aucune sécrétion. Pas d'adénopathie pré-auriculaire.

Enchifrènement extrême. Fosses nasales obstruées par du muco-pus venant former de petites croûtes aux orifices du nez.

Œdème de la luette. Fausses membranes blanchâtres peu adhérentes, sur le bord libre du voile du palais et se continuant avec des produits membraneux semblables tapissant l'arrière-gorge.

Pas de dyspnée laryngée. Difficultés d'alimentation. Bon état général de l'enfant. T. 36°8.

Aucun cas de diphtérie dans l'entourage.

L'enfant transféré dans un hôpital d'isolement n'a pu être suivi.

Examen bactériologique :

1^o Sécrétion oculaire : Beaucoup d'éléments fibrineux, peu de leucocytes. Bacilles d'abondance moyenne prenant le Gram. les uns très courts, les autres plus allongés, en forme de bacilles massués.

2^o Sécrétion nasale : Beaucoup de fibrine, bacilles plus

nombreux, assez longs, rectilignes, rappelant le bacille diphtérique.

3^e Fausses membranes de la gorge : véritable feutrage de bacilles allongés, rectilignes, entrecroisés en divers sens, ayant les mêmes caractères que les précédents, emprisonnés dans un réseau fibrineux.

Les cultures de ces diverses sécrétions n'ont donné au bout de 24 heures que de nombreuses colonies de *staphylocoques*, et de *bacilles en massue*. L'inoculation à l'animal est restée négative.

OBS. LV (6113). — *Ophtalmie non gonococcique bilatérale.*
Début : 3^e jour. Forme catarrhale. Guérison le 10^e jour du traitement.

A..., Léon, 13 jours, présente le 3^e jour à l'œil droit un peu de gonflement palpébral, et une gouttelette de pus à l'angle interne de l'œil. L'œil gauche est pris immédiatement après. Lavages boriqués.

20 mai 1904. Dixième jour de l'affection.

OD. : Gonflement moyen des paupières. Photophobie peu accusée. Œil larmoyant avec sécrétion muco-purulente baignant la région ciliaire. Conjonctive très rouge, infiltrée au niveau des culs-de-sac et recouverte d'une fausse membrane superficielle. Pus fibrineux peu abondant. Cornée intacte.

OG. : Mêmes phénomènes, mais plus atténués.

Pas d'adénopathie pré-auriculaire.

Pas de signes d'obstruction nasale. Bon état général de l'enfant. Nitrate : 1 0/0.

25. OD. : Sécrétion plus abondante, épaisse, jaunâtre.

OG. : Presque pas de sécrétion, même traitement.

28. ODG. : Larmolement et rougeur de l'œil.

30. Guérison.

L'examen microscopique montre dans la sécrétion quelques bacilles en forme de massue, prenant le Grain. La culture ne donne rien au bout de 48 heures.

OBS. LXI (6249). — *Ophtalmie non gonococcique bilatérale. Début : 8^e jour. Forme catarrhale, érosion cornéenne OD. Signes d'obstruction nasale. Guérison le 11^e jour, sans lésion cornéenne.*

H... Charlotte, six semaines, née à terme, de parents bien portants, présente, le huitième jour, à l'œil gauche, un peu de pus à l'angle interne et de la photophobie. L'œil droit est atteint 15 jours plus tard. Coïncidant avec les premiers symptômes de conjonctivité, enchifrènement et gêne respiratoire. Bon état général de l'enfant. Lavages au permanganate de potasse tous les jours.

30 mai 1904. 34^e jour de l'ophtalmie.

ODG. : Gonflement palpébral modéré. Sécrétion jaunâtre, surtout collectée à l'angle interne et plus abondante à droite. Conjonctive tomenteuse. Bulbe normal. A droite, érosion superficielle à la partie inférieure de la cornée, ovalaire, sans infiltration périphérique. Pas de sécrétion dans le sac lacrymal.

Enfant ne présente pas de syphilis héréditaire ; se développe très régulièrement ; mais enchifrènement marqué.

Nitrate argent : 1 0 0 et pommade au menthol dans le nez.

2 juin. Très peu de sécrétion. Fond de l'ulcération un peu trouble. Atropine et sulfate de zinc, 4/10.

7 juin. Plus de photophobie, plus de sécrétion.

L'ulcération est réduite à un petit point blanchâtre en voie de cicatrisation. Enchifrènement persiste.

Pommade à l'oxyde jaune.

10 juin. Guérison. Plus de trace de lésion cornéenne.

L'examen microscopique de la sécrétion montre des leucocytes assez abondants. Pus fibrineux. Pas de micro-organismes.

Culture sur gélose-ascite (24 heures) négative.

OBS. LVII. — *Ophthalmie non gonococcique bilatérale. Début 8^e jour. Forme catarrhale.*

F... René, 1 mois, sans antécédents familiaux, né à terme, présente le huitième jour à l'œil gauche, du larmolement et de la rougeur conjonctivale. Extension à droite deux jours plus tard.

1^{er} décembre, vingtième jour de l'ophtalmie.

ODG. Photophobie. Etat folliculaire de la conjonctive. Sécrétion purulente peu abondante. Pas de lésion cornéenne.

L'enfant n'a pu être suivi.

La sécrétion renferme des chaînettes de *streptocoques* et quelques bacilles en massue. La culture donne des colonies de *staphylocoques*.

OBS. LVIII (1411). — *Ophthalmie non gonococcique bilatérale. Début 8^e jour. Forme de moyenne intensité. Guérison le 22^e jour du traitement.*

Ch...Thérèse, 18 jours, née de parents bien portants, présente le huitième jour, à l'œil droit, de l'agglutinement des cils et de la rougeur conjonctivale. Extension à gauche, huit jours plus tard.

8 juin, dixième jour de l'affection.

OD. Paupières tuméfiées, rouges. Sécrétion jaunâtre remplissant la fente palpébrale. Conjonctive très hyperémiée. Pas de chémosis. Rien à la cornée.

OG. Mêmes phénomènes, mais plus atténués.

Enfant très chétif. Pas de stigmates apparents de syphilis.

Nitrate d'argent, 2 0/0.

11 juin. L'enfant ouvre les yeux.

ODG. Très peu de sécrétion. Un peu de rougeur conjonctivale.

16 juin. OD. Sécrétion purulente plus abondante.

Même traitement.

22 juin. ODG. Simple rougeur des conjonctives tarsiennes.

30 juin. Guérison.

L'examen de la sécrétion et des cultures est resté absolument négatif.

OBS. LVIX (1801). — *Ophthalmie bilatérale non gonococcique chez un hérédo-syphilitique. Début : 2^e jour. Infiltration des deux cornées.*

B... Pierre, né le 24 juin 1903.

A. H. Rien de particulier dans ses antécédents. La mère aurait toujours été bien portante, pas de fausse couche, grossesses antérieures normales. Dernière grossesse à terme ? terminée par un accouchement régulier.

L'enfant présente à la naissance un blépharospasme bilatéral très accusé ; il est très petit. Début de l'ophtalmie : deuxième jour, à l'œil gauche.

4 juillet : (Etat actuel) : huitième jour de l'affection.

ODG. : Gonflement et rougeur des paupières. Agglutinement des cils par une sécrétion muco-purulente peu abondante. Entropion spasmodique, rendant assez difficile l'examen du globe oculaire. Peu de sécrétion conjonctivale.

Conjonctive très tuméfiée, surtout au niveau des culs-de-sac ayant une coloration *rouge-sang* très spéciale, sans ulcération. Cornée normale.

Voies lacrymales normales. Pas d'adénopathie pré-auriculaire.

Enfant athrepsique : facies ridé, teint bistré, aspect de petit vieillard. Dépérit progressivement. Muguet buccal.

A la face palmaire des mains, desquamation localisée, formant collerette épidermique autour de papules ayant le caractère syphilitique. Eruption papuleuse, confluyente à la région frontale et au niveau des avant-bras.

Nitrate d'Ag. 1 %.

8. Même état des paupières et de la conjonctive. Mauvais état général. Muguet persiste dans l'arrière-bouche et sur les bords de la langue, malgré lavages alcalins.

Nitration 1^o o. Liqueur de Van Swieten : X gouttes.

9. OD. Injection de la conjonctive bulbaire. Infiltration troublée de la cornée.

OG. : Même état palpébro-conjonctivale. Intégrité de la cornée. Traitement général.

10. ODG. : Sur la conjonctive palpébrale, petits points blanchâtres, très difficiles à détacher, ressemblant au muguet buccal. A droite, même état de la cornée.

13. Infiltration des deux cornées, plus accentuées à droite. Conjonctives très rouges et très tuméfiées. Frictions mercurielles.

L'enfant a cessé de venir à la consultation.

Examen bactériologique : Sécrétion : Pas de gonocoques. Très nombreux bacilles *massués*, prenant le Gram.

Cultures sur gelose-oseite 24 heures : 30 colonies de *staphylocoques*. 30 colonies environ de *bacilles massués*.

Obs. LX N° 13331. — *Ophthalmie bilatérale non gonococcique chez un hérédo-syphilitique. Début : 3^e jour. Forme chronique.*

Th.... René, 3 mois, né le 1^{er} mars 1903.

A. H. : Mère âgée de 28 ans : syphilis à 22 ans, débutant pendant sa première grossesse. Traitement mercuriel durant six mois.

1. Un enfant né à terme, très malingre, avant eu la rougeole à 14 mois, avec complications oculaires terminées par perte de l'œil droit ; mort de méningite à 18 mois.

2. Enfant à terme, ayant eu les premiers mois des acci-

dents bucco-pharyngés de nature assez mal déterminée.
Mort à 13 mois, après 48 heures de maladie.

3^e Fausse couche de 4 mois en 1900.

4 Grossesse en 1901, à terme. Enfant âgé de 18 mois, atteint de pseudo-paralysie, sans trouble marqué de l'état général.

Début de l'ophtalmie : 3^e jour après la naissance, par l'œil droit ; œil gauche atteint trois semaines plus tard. Paupières gonflées et sécrétion purulente abondante. Pas de traitement.

Les phénomènes oculaires passent à la chronicité avec des alternatives de rémission et d'aggravation. L'enfant se cachectise progressivement, malgré l'allaitement maternel ; il a des convulsions fréquentes.

1^{er} juin (état actuel) : 3^e mois de l'affection.

ODG. : Paupières gonflées masquant complètement le globe oculaire. Pus au niveau des angles ; muco-pus sur le bord ciliaire. Peu de sécrétion conjonctivale. Conjonctive présente une rougeur très vive et une infiltration des culs-de-sac et de la région caronculaire.

Injection modérée de la conjonctive bulbaire. Cornée normale. Voies lacrymales paraissent normales.

Ces phénomènes sont moins accusés à gauche.

Enfant cachectique, présente un ventre de batracien ; vomissements répétés, pas de diarrhée. Coryza léger avec gêne respiratoire et toux fréquente. Ne présente pas d'éruption de nature syphilitique, bien que l'habitus du petit malade ressemble à celui de l'hérédo-syphilitique.

Nitratation à 1 p. 100 et liqueur de Van Swieten.

L'enfant n'a pas été revu.

Examen bactériologique : Sécrétion conjonctivale ; leucocytes polynucléaires abondants. *Bacilles en massue* très nombreux prenant le Gram. Pas d'autre micro-organisme.

Culture sur gélose-ascite (24 heures) : Colonies de *bacilles en massue*.

OBS. LXI (N° 4790). *Ophthalmie bilatérale gonococcique chez un hérédo-syphilitique. Début : 18^e jour. Guérison complète sans lésion cornéenne.*

Be..., Jeanne. 23 jours, née le 1^{er} février 1904.

A. H. : Père âgé de 35 ans, ayant contracté une syphilis à 30 ans, traitée seulement durant quelques mois. Présente actuellement des accidents muqueux et des troubles laryngés, adénopathie cervicale et inguinale.

Mère déclare n'avoir jamais eu d'accidents syphilitiques. Primipare ; accouchement à huit mois.

Enfant très petit, présente dès les premiers jours des phénomènes d'obstruction nasale ; ne se développe pas bien, a des phénomènes convulsifs fréquents. Muguet.

Début de l'ophtalmie : 18^e jour, par l'œil gauche. L'œil droit est atteint deux jours plus tard. Sécrétion purulente abondante dans les deux yeux, traitée par des lavages boricués. En même temps, apparition d'une otite moyenne purulente droite.

23 février (1^{er} examen : 5^e jour de l'ophtalmie.

ODG. : Paupières supérieures fortement gonflées et rouges avec tendance à l'ectropion. Pus concrété, jaunâtre, abondant sur toute la région ciliaire. Conjonctive tarsienne, rouge sang, non ulcérée ; culs-de-sac infiltrés. Angle interne de l'œil également enflammé.

Pus fibrineux, blanchâtre, peu abondant dans le culs-de-sac se collectant surtout aux angles. Cornée normale.

La pression sur le sac lacrymal ne laisse rien sourdre aux orifices lacrymaux. Pas d'adénopathie pré-auriculaire.

Les lésions sont plus accentuées à l'œil droit.

Otite moyenne purulente à droite : pus épais, jaune foncé, obstruant le conduit auditif externe. Rien du côté de la région mastoïdienne.

Pas de lésion bucco-pharyngée. Eternuements fréquents, sans écoulement nasal.

Enfant athrepsique : teint bistre, aspect vieillot. Sur le tronc pas d'éruption spécifique. Fissures anales peu profondes. Papules d'un rouge foncé exulcérées, ayant l'aspect de papules érosives syphilitiques, occupant la région péri-anale. Ulcérations superficielles de la muqueuse vulvaire avec écoulement blanchâtre vaginal.

L'enfant entre dans le service de M. Morax, et est soumis au traitement mercuriel. Amélioration rapide de la conjonctivite par des lavages boriqués et par des instillations de nitrate Ag : 10/0. L'écoulement d'oreille persiste.

27. Plus de sécrétion conjonctivale. Plus de gonflement palpébro-conjonctivale. L'enfant quitte le service ; meilleur état général ; l'écoulement d'oreille n'est pas tari.

Examen bactériologique. L'examen de la sécrétion oculaire montre des polynucléaires peu abondants. Pas de micro-organismes.

Pus de l'oreille : Leucocytes polynucléaires abondants : pneumocoques en très grande abondance.

Pus vaginal : Pas de gonocoques. Pneumocoques et staphylocoques. Culture sur gélose-ascite (24 h.) : La sécrétion oculaire ne donne lieu à aucun micro-organisme.

La sécrétion de l'oreille donne une multitude de *staphylocoques blancs*, et de rares colonies de *bacilles massués*. Très rares colonies de *streptocoques* en courtes chainettes.

Obs. LXII (5142) *Ophtalmie non gonococcique bilatérale chez un hérédo-syphilitique. Début : 9^e jour. Forme œdémateuse. Coryza purulent. Mort.*

F..., Lucien, 5 semaines, né le 20 février 1904.

A. H. Mère toujours souffrante, aurait eu une première grossesse à terme : enfant très chétif, mort à 6 semaines, à la suite de convulsions, aurait eu une ophtalmie bilatérale dès le premier jour, identique à celle que présente notre petit malade.

Dernière grossesse normale : accouchement à terme. Ne présente actuellement aucun stigmate de syphilis.

Début de l'ophtalmie : 9^e jour après la naissance par l'œil droit. L'œil gauche est atteint deux jours plus tard. Les phénomènes inflammatoires augmentent les jours suivants : aucun traitement n'est appliqué.

15 mars. 1^{er} examen : 26^e jour de la maladie.

ODG. Gonflement très intense des paupières, surtout des supérieures qui sont rouges. Bords ciliaires agglutinés par une sécrétion peu abondante.

Conjonctive très épaissie, tomenteuse, rouge pâle au niveau du tarse : gros bourrelets bleuâtres au niveau des culs-de-sac. Forte hyperémie de la conjonctive bulbaire, mais pas de chimosis. Très peu de sécrétion purulente. Corne normale. Voies lacrymales normales.

Coryza intense : respiration nasale impossible, enchifrènement très marqué. Croûtes légères aux orifices du nez avec érythème et fissures des ailes du nez. Écoulement muco-purulent très abondant.

Erosions des commissures labiales ; ulcérations médio-palatines grisâtres, irrégulières, peu profondes, ressemblant aux ulcérations athrepsiques. Papules rosées péri-anales.

L'enfant est très anémié et très amaigri ; il présente des vomissements répétés. Entre à la crèche de Lariboisière ; où on lui fait des lavages simples des yeux et des instillations quotidiennes de nitrate Ag : 1 0/0. Traitement mercuriel. Dépérissement progressif. Coryza plus accentué.

23. Gonflement palpébral moindre. Fissures profondes et saignantes aux commissures externes des paupières. Les bords ciliaires sont infiltrés et rouges.

Fissures aux ailes du nez et aux commissures labiales. Convulsions fréquentes.

24. Mort.

OBS. LXIII (6070). — *Ophthalmie non gonococcique bilatérale chez un hérédo-syphilitique. — Début : 6^e jour. — Forme pseudo-membraneuse.*

C... Charles, 20 jours 1903,

A. H. — Père bien portant.

Mère d'une bonne santé habituelle. Fausse couche de six mois il y a deux ans. Aurait eu au début de sa deuxième grossesse une angine de nature indéterminée. Accouchement à terme, actuellement ne présente pas de stigmates de syphilis. Favus du cuir chevelu remontant à l'enfance.

L'enfant se développe régulièrement les premiers jours. Le cinquième jour, enchifrènement et gêne respiratoire. Le sixième jour les deux yeux présentent de l'agglutinement des cils et de la rougeur conjonctivale. Les phénomènes oculaires augmentent, malgré les lotions boriquées quotidiennes.

18 mai. Premier examen : 14^e jour de l'affection.

ODG. Photophobie et gonflement moyen des paupières. Pus jaune autour des cils et aux angles internes. Conjonctive d'un rouge vif, tomentense, avec infiltration des culs-de-sac recouverts de fausses membranes, faciles à détacher. Pus grumeleux blanchâtre, abondant dans le sac conjonctival. Cornée normale. Voies lacrymales perméables. Pas d'adénopathie préauriculaire.

Gêne respiratoire très marquée : obstruction nasale avec enchifrènement. Sur les membres inférieurs, syphilides psoriasiformes avec d'esquamation au centre de l'élément éruptif, et infiltration du derme sous jacent.

Enfant cachectique, facies ridés, ayant l'habitus d'un hérédo-syphilitique.

Nitrate Arg. 2 0/0 et liqueur de van Swieten.

20 mai. La sécrétion purulente des yeux a diminué. Coryza plus marqué. L'éruption des membres inférieurs ne se modifie pas.

L'enfant cesse de venir à la consultation.

Examen bactériologique — Sécrétion conjonctivale examinée à deux reprises différentes. montre de nombreuses cellules épithéliales se colorant mal. Pus fibrineux. Pas de micro-organismes.

Culture sur gélose-ascité. Pas de colonies.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Les ophtalmies de causes variées dont nous venons d'entreprendre l'étude forment la grande majorité des affections externes de l'œil chez le nouveau-né. Il est cependant une affection de pronostic bénin, assez fréquente dans les premiers jours de la vie, qui, à un examen superficiel, pourrait être confondue avec les formes légères de conjonctivites, en particulier avec celles à bacilles de Weeks, et à pneumocoques, c'est la *dacryocystite congénitale*.

Les observations de dacryocystites que nous avons recueillies durant l'année présentent, à l'exception d'un cas, des symptômes cliniques absolument superposables qui nous permettent de les résumer ainsi :

Unilatéralité habituelle. — Réaction palpébro-conjunctivale presque nulle. — Larmolement et légère sécrétion purulente à l'angle interne de l'œil. — Signe caractéristique : issue d'une gouttelette de pus ou d'un petit filament vermiculaire aux orifices lacrymaux par pression sur le sac lacrymal. — Coexistence fréquente d'un léger catarrhe nasal avec éternuements et enchi-

frènement. — Guérison très rapide en quelques jours sans complication cornéenne.

Dans nos cas, l'examen bactériologique de la sécrétion et des cultures nous a montré la présence habituelle du pneumocoque, soit pur, soit associé au staphylocoque blanc. Dans quatre cas, le bacille de Pfeiffer était l'agent causal, associé au staphylocoque blanc et au massué.

L'observation suivante s'écarte, par son aspect clinique, du type ordinaire des dacryocystites; en voyant l'enfant pour la première fois, nous eûmes l'impression qu'il s'agissait d'une ophtalmie gonococcique: l'examen du sac lacrymal et l'examen microscopique de la sécrétion nous permirent de porter un diagnostic précis.

OBSERVATION LXIV (N° 6147).

Leg..., Charles, 5 jours, né le 19 mai 1904, dans des conditions absolument normales. Dès le premier jour, il présente à l'œil droit une sécrétion de moyenne abondance et un peu de gonflement palpébral. De simples lavages boriqués ne produisent aucun résultat.

Etat actuel (24 mai), 4^e jour de l'affection :

O. D. : Gonflement considérable des paupières; la supérieure, surtout, présente une teinte violacée inflammatoire avec exulcération grisâtre. Suppuration très abondante, jaunâtre, épaisse, baignant la fente palpébrale et s'échappant par la commissure externe.

Entropion inflammatoire rendant assez difficile l'examen du sac conjonctival. Après écartement des paupières, il s'écoule une sérosité mêlée de filaments fibreux blanchâtres.

Ce qui est spécial, c'est l'existence de bourrelets conjonctivaux venant faire hernie à travers la fente palpébrale et recouvrant en partie la conjonctive tarsienne. Ces bourrelets sont tomenteux, et un peu saignants.

Conjonctive bulbaire hyperémisée, mais pas de chémosis. Pas de trouble cornéen.

La pression sur le sac fait soudre aux deux orifices lacrymaux une suppuration abondante qui se répand dans le sac conjonctival, et que ne peut faire soupçonner la région lacrymale, qui offre son apparence normale.

Pas d'adénopathie pré-auriculaire. Pas de catarrhe nasal. Pas de gêne respiratoire. Très bon état général.

OG. Absolument normal.

Dès le lendemain, les phénomènes inflammatoires diminuent. La guérison est obtenue en 5 jours.

Ici encore l'examen du sac lacrymal, et l'examen bactériologique qui nous montra du pneumocoque en abondance retrouvé pur dans la culture, nous permirent de préciser notre diagnostic et de prévoir une guérison prochaine.

La *kératomalacie*, qui est surtout l'apanage des nourrissons athreptiques et hérédosphilitiques, ne peut prêter longtemps à confusion. Très rare chez le nouveau-né, elle peut au début de son évolution présenter des symptômes atténués de conjonctivite, mais ceux-ci s'effacent rapidement devant les altérations cornéennes rapidement graves qui la caractérisent essentiellement. L'observation suivante, la seule que nous ayons pu observer chez le nouveau-né, offre ce contraste frappant entre les lésions cornéennes et la réaction conjonctivale.

OBSERVATION LXV

St..., Albert, 26 jours, né le 15 novembre 1903.

La mère est accouchée chez elle par une sage-femme de l'Assistance. Accouchement laborieux. Enfant en état de mort apparente, ranimé au bout de dix minutes. Pas de désinfection oculaire.

Vers le dixième jour, les yeux se mettent à sécréter et présentent une vive rougeur surtout accusée à gauche. Cet état persiste durant huit jours, lorsque la mère remarque à l'œil gauche, une infiltration totale de la cornée survenue assez brusquement, avec sécrétion purulente plus abondante. On fait des lavages boriqués sans résultat.

11 décembre. Etat actuel: 16^e jour de la maladie :

OG. gonflement peu considérable des paupières. Agglutinement des cils par une sécrétion jaunâtre, remplissant la fente palpébrale. Sécrétion peu abondante dans le cul-de-sac. Conjonctive rouge et tomenteuse.

Cornée infiltrée en totalité, avec distension de sa région centrale sous la pression intra-oculaire.

OD. Indemne

L'enfant paraît bien constitué.

Instillation de nitrate ag. 2 p. 100 et lavages à l'eau physiologique.

12. Conjonctive très rouge, peu de sécrétion.

La cornée présente une infiltration purulente périphérique ; la partie centrale fait nettement saillie au-dessus des régions voisines.

Cautérisation. Grands lavages et pansement occlusif.

15. Cornée ramollie en masse ; présente une teinte grisâtre. Magma purulent au centre, menace de perforation. Conjonctive injectée et tuméfiée. Très peu de sécrétion conjonctivale.

Les jours suivants, nous assistons à une fonte purulente de l'œil qui s'élimine par le centre de la cornée, comme un véri-

table bourbillon. L'évolution de ce processus très rapidement destructeur ne peut être enrayée un seul instant par les moyens thérapeutiques habituels.

L'enfant ayant cessé de venir à la consultation, nous n'avons pu suivre la marche de son affection oculaire.

L'examen de la sécrétion conjonctivale pratiqué le 1^{er} jour ne décelé aucun micro-organisme. Culture sur sérum, (24 heures). La surface du tube est parsemée d'une multitude de petites colonies, confluentes en certains points, transparentes, ressemblant à de petites gouttes de rosée, formées par des diplocoques prenant le Gram ayant l'apparence de pneumocoques.

Un nouvel examen de la sécrétion pratiqué le 15 décembre, montre entre les leucocytes polynucléaires, de petits cocci, libres, isolés ou en diplocoques, plus petits que le gonocoque, prenant le Gram.

Traitement. — Nous n'avons pas l'intention d'exposer ici les méthodes nombreuses préconisées pour combattre les ophtalmies du nouveau-né ; nous voulons seulement résumer en quelques lignes la thérapeutique que nous avons suivie.

D'une façon générale, le traitement doit être appliqué dès l'origine de l'ophtalmie, c'est-à-dire dès l'apparition des symptômes, si légers soient-ils, qui marquent le début de l'affection : (larmolement et rougeur de l'œil, agglutinement des cils, œdème modéré de la paupière). Il doit être continué sans interruption et pendant un temps suffisamment long, c'est-à-dire jusqu'à cessation de la suppuration et de la photophobie.

Cette règle s'applique particulièrement aux ophtalmies gonococciques qui doivent être regardées comme des affections sérieuses. Dans ces cas, nous avons employé systématiquement suivant la méthode de M. Morax les

instillations quotidiennes de nitrate d'argent qui nous ont toujours donné des résultats très satisfaisants.

Après lavage du sac conjonctival avec de l'eau bouillie et du sérum physiologique, pour chasser la sécrétion purulente, nous avons instillé chaque jour quelques gouttes de nitrate d'argent en solution au 1/40 au début de l'affection, abaissée au 1/100 dans la période terminale. Dans les cas d'ophtalmies unilatérales, nous avons fait dans l'œil sain une instillation prophylactique de nitrate d'argent à 2/0/0, sans avoir recours à un pansement exclusif.

Il va sans dire que les cautérisations ont été employées avec plus de rigueur encore dans les ophtalmies compliquées de lésions cornéennes et combinées à un traitement général, en particulier le traitement mercuriel, la où la syphilis a pu être soupçonnée.

Quant aux ophtalmies non gonococciques, nous les avons également combattues par les instillations argentiques : solution à 2/0/0 dans les cas graves, solution à 1/0/0 dans les cas légers, sans aucun inconvénient pour les cornées.

CONCLUSIONS

1° Les ophtalmies gonococciques ne renferment pas plus de la moitié environ des cas de toutes les inflammations conjonctivales du nouveau-né.

2° *Ophtalmie gonococcique*. — *a*. Elles apparaissent avec une fréquence sensiblement égale chacun des cinq premiers jours de la vie ; à partir de ce moment elles deviennent rares.

b. Elles peuvent revêtir des formes atténuées rappelant le catarrhe conjonctival.

c Les complications cornéennes sont le meilleur argument clinique que l'on puisse invoquer en faveur de la nature gonococcique d'une ophtalmie : on les observe presque toujours chez des enfants malingres, hérédosyphilitiques. Les autres complications locales ou générales sont rares.

d) Leur marche et leur durée sont basées surtout sur le mode d'application du traitement et sur l'existence de lésions cornéennes ; elles ne semblent influencées ni

par la date d'apparition, ni par la forme clinique de l'affection.

3° *Ophthalmies non gonococciques.* — *a.* Elles apparaissent avec une égale fréquence, la 1^{re} et la 2^e semaine de la vie. A partir de ce moment elles deviennent plus rares.

b. De formes cliniques variées, elles répondent habituellement au catarrhe conjonctival, parfois elle s'accompagnent de fausses membranes assez développées, enfin elles peuvent simuler l'ophtalmie gonococcique.

c. Elles sont bien plus rapidement influencées par le traitement que les ophtalmies non gonococciques.

d. Leur classification ne peut être établie que sur les données bactériologiques.

α Les conjonctivites à microbes pathogènes spécifiques de la conjonctive humaine sont très rares.

β Les conjonctivites à microbes pathogènes non spécifiques de la conjonctive humaine sont représentées surtout par les conjonctivites à pneumocoques.

γ Les conjonctivites amicrobiennes sont les plus fréquentes : il semble que l'on puisse en rattacher quelques-unes à l'hérédosyphilis.

4° Le diagnostic bactériologique est nécessaire pour différencier d'une façon absolue les ophtalmies gonococciques des non gonococciques.

Le nitrate d'argent en solution est le remède le plus efficace pour combattre les ophtalmies gonococciques du

nouveau-né; il peut être également employé dans les ophtalmies non gonococciques.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
DE LA PERSONNE.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
LIARD.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)
